

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan

**ja maksujärjestelmän uudistamista
selvittäneen toimikunnan mietintö**

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 9.9.2005	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Maksutoimikunta, pj. Olli Kerola, varapj. Pekka Järvinen, sihteerit Lauri Pelkonen ja Hanna Nyfors		Julkaisun laji Mietintö	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä STM121:00/2003, 19.12.2003	
Julkaisun nimi Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö			
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 19.12.2003 toimikunnan selvittämään kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamistarpeita. Tavoitteena oli kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan periaatteiden määrittäminen sekä ehdotuksen tekeminen nykyisten maksusäännösten uudistamiseksi. Lisäksi toimikunnan tuli selvittää mahdollisuudet yhdistää kunnallisen terveydenhuollon maksukatto ja sairausvakuutuksen omavastuukatot. Toimikunta on arvioinut nykyisen maksujärjestelmän ajanmukaisuutta, toimivuutta ja kartoittanut siihen liittyviä ongelmia. Toimikunnan asettamat lasten päivähoiton maksuja ja vanhusten- ja vammaisten kotiin annettavien palvelujen ja asumispalvelujen maksuja selvittäneet alajaostot ovat osaltansa esittäneet maksujärjestelmän kehittämistarpeita. Toimikunta katsoo, että nykyinen maksujärjestelmä on keskeisiltä osiltaan toimiva ja perusteltu. Toimikunnan näkemyksen mukaan nykyisen maksujärjestelmän peruslinjaukset tulee pääosin säilyttää, vaikka järjestelmän läpinäkyvyyden ja selkeyden parantamiseksi on tarpeen tehdä eräitä muutoksia. Toimikunta katsoo, että maksujärjestelmästä on säädettävä lain tasolla. Lisäksi maksujärjestelmää tulee muuttaa siten, että jatkossa palvelujen käyttäjältä voidaan periä maksuja vain niistä palveluista, jotka on asiakasmaksulailla säädetty maksullisiksi. Lisäksi maksuissa on otettava huomioon palvelujen kustannuskehitys, mikä toteutetaan indeksitarkistusmenettelyn käyttöön ottamisella. Maksukattojen osalta toimikunta ehdottaa, että kunnallisessa terveydenhuollossa luovutaan ns. ”välrikatoista” ja että yhteisen maksukaton tai sitä vastaavan mallin luomiseksi käynnistetään jatkovalmistelu. Terveydenhuollon maksuissa esitetään alaikäisten hoidon maksujen poistamista. Enemmistö toimikunnan jäsenistä katsoo, että terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuosimaksusta tulee luopua. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lääkärikäynnistä maksu määräytyisi yksinomaan käyntikerran mukaan. Suun ja hampaiden perushoidon maksu porrastetaan siten, että suuhygienistin, hammaslääkärin ja erikoishammaslääkärin käynnistä perittäisiin eri suuruinen maksu. Lisäksi suun ja hampaiden tutkimuksesta perittävä maksu porrastetaan toimenpiteen vaativuuden perusteella. Päivähoidon perhekäsite uudistetaan todellista perhekäsitettä vastaavaksi ja enimmäismaksua korotetaan. Vuorohoidon ja osapäivähoidon maksuja esitetään myös uudistettavaksi käytettyyn hoitoaikaan perustuvaksi. Kotona annettavien palveluiden käyntiperusteisista maksuista siirrytään aikaperusteiseen maksuun, joka perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn hoitoajan perusteella. Kotona annettavan palvelun maksu koskee myös sosiaalihuoltolain mukaista asumispalvelua ja palveluasumista.			
Asiasanat: kotipalvelut, maksut, maksulliset palvelut, maksuperusteet, mietinnöt, päivähoito, terveydenhuolto			
Muut tiedot Internetissä www.stm.fi/julkaisut			
Sarjan nimi ja numero 'Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10		ISSN 1236-2050	ISBN 952-00-1797-6 (nid.) 952-00-1798-4 (PDF)
Kokonaissivumäärä 197	Kieli Suomi	Luottamuksellisuus Julkinen	
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO Puhelin (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 09.09.2005	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Ordförande Olli Kerola, Pekka Järvinen Sekreterare Lauri Pelkonen och Hanna Nyfors		Typ av publikation Kommittébetänkande	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Projektnummer och datum för tillsättandet av organet STM121:00/2003, 19.12.2003	
Publikationens titel Betänkande av kommissionen som utrett en reform av avgiftspolitiken och avgiftssystemet inom social- och hälsovården			
Referat Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 19.12.2003 en kommission med uppgift att utreda behov av att revidera avgiftspolitiken och avgiftssystemet inom den kommunala social- och hälsovården. Målet var att definiera principerna för den avgiftspolitik som tillämpas inom den kommunala social- och hälsovården samt att lämna ett förslag om revidering av de nuvarande bestämmelserna om avgifter. Därutöver skulle kommissionen utreda möjligheterna att sammanslå avgiftstaket för den nuvarande kommunala hälso- och sjukvården och självrisktaken inom sjukförsäkring. Kommissionen har utvärderat det nuvarande avgiftssystemets tidsenlighet och funktionsduglighet samt kartlagt problem förknippade med det. Kommissionen har tillsatt sektioner för barndagvårdsavgifter och avgifter för tjänster som ges i hemmet och boendeservice för äldre och handikappade personer, och dessa har för sin del lyft fram behov av att utveckla systemet. Kommissionen anser att de centrala elementen i det nuvarande avgiftssystemet är väl fungerande och välgrundade. Enligt kommissionens uppfattning borde de grundläggande riktlinjerna för det nuvarande avgiftssystemet bibehållas, även om det är nödvändigt att göra vissa ändringar med tanke på systemets transparens och klarhet. Kommissionen anser att bestämmelser om systemet skall utfärdas på lagnivå. Därtill skall avgiftssystemet ändras så att man i framtiden hos klienten endast kan uppbära avgifter för de tjänster som är avgiftsbelagda enligt lagen om klientavgifter. Kostnadsutvecklingen i fråga om tjänsterna skall också tas i beaktande i avgifterna, och detta skall ske genom att man inför en indexjustering av avgifterna. I fråga om avgiftstaken föreslår kommissionen att man skall avstå från så kallade ”mellantak” inom den kommunala hälso- och sjukvården och att man skall inleda fortsatt beredning för att skapa ett gemensamt avgiftstak eller en motsvarande modell. När det gäller avgifterna för hälso- och sjukvården föreslår kommissionen att avgifterna för vård av minderåriga personer skall avskaffas. De flesta av medlemmarna i kommissionen anser att också årsavgiften vid hälsovårdscentralerna skall avskaffas. Avgiften för läkarbesök vid en hälsovårdscentral skall fastställas enligt besök. De avgifter som uppbärs för vård av munnen och tänderna skall differentieras så att avgifter av olika storlek uppbärs för besök hos tandhygienist, tandläkare och specialtandläkare. Dessutom skall de avgifter som uppbärs för undersökning av munnen och tänderna differentieras enligt hur krävande åtgärden är. Familjebegreppet inom dagvården skall revideras så att det faktiska familjebegreppet och maximitaxan höjs. Man föreslår att också avgifterna för skiftvård och deltidsvård skall justeras så att de grundar sig på den faktiska vården. Familjebegreppet inom dagvården skall revideras och majoriteten i kommissionen stöder förslaget om att höja maximiavgiften för dagvård, avvikande från ifrågavarande sektionens förslag, till 250 euro och om att höja på motsvarande sätt maximiavgiften för nästa barn i åldersföljden till 200 euro. Man föreslår att också avgifterna för skiftvård och deltidsvård skall justeras. I stället för att debitera tjänster som ges i hemmet enligt besök skall man övergå till att fastställa avgiften på basis av vårdtid, som definieras i vård- och serviceplanen. Avgiften för tjänster som ges i hemmet gäller även boendeservice and serviceboende enligt socialvårdslagen.			
Nyckelord avgifter, avgiftsbelagda tjänster, dagvård, grunder för avgifter, hemservice, hälso- och sjukvård, kommittébetänkanden			
Övriga uppgifter På Internet: www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2005:10		ISSN 1236-2050	ISBN 952-00-1797-6 (inh.) 952-00-1798-4 (PDF)
Sidoantal 197	Språk Finska	Sekretessgrad Offentlig	
Försäljning: Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) Tfn (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 2005-09-09	
Authors Olli Kerola, Pekka Järvinen, Lauri Pelkonen and Hanna Nyfors		Type of publication Committee report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ STM121:00/2003, 19.12.2003	
Title of publication Report by the Committee on reform of the payment policy and the payment system in social welfare and health care			
Summary The Ministry of Social Affairs and Health set up on 19 December 2003 a committee to investigate the need to reform the payment policy and the payment system in municipal social welfare and health care in Finland. The aim was to define the principles for the payment policy and to put forward a proposal for revising the present provisions on payments. Furthermore, the Committee should investigate the possibilities to combine the payment ceiling for municipal health care and the ceilings for the deductibles under health insurance. The Committee has evaluated the up-to-datedness and effectiveness of the present payment system as well as surveyed related problems. The sub-committees set up by the Committee dealing with fees for child day care and fees for services provided in the home for older people and people with disabilities and for their housing services have put forward their respective proposals for improving the payment system. The Committee considers that the present payment system is mostly effective and justified. The Committee is of the opinion that the main principles for the payment system should be retained, although it is necessary to make some adjustments with a view to enhancing the transparency and clarity of the system. The Committee considers that provisions on the payment system shall be issued in a law. In addition, the payment system should be adjusted to the effect that in the future fees could be collected from clients only for those services that are according to the Act on Client Fees for Social Welfare and Health Care subject to a charge. The cost development regarding services should be taken into account in payments through introducing an index-adjustment procedure. In regard to payment ceilings the Committee suggests that the municipal health care system should cease to apply the so called ‘intermediate ceilings’ and that further preparation should be started to create a common payment ceiling or a comparable model. In respect of health care fees the Committee proposes that the care of minors should no more be subject to a fee. The majority of the Committee members consider that also the annual fee collected for health centre services should be abandoned. The fee for a visit to a health centre physician should be determined per visit. The fees for oral and dental examinations should be graded according to how demanding the measure is, and the fees collected for treatments should be graded so that the treatments given by an oral hygienist, dentist and dental specialist are subject to different fees. The family concept applied in child day care is proposed to be revised, and the majority of the Committee members support the proposal for raising the maximum fee for child day care, deviating from the sub-committee’s proposal, to EUR 250 and for raising, correspondingly, the maximum fee for the child next in age order to EUR 200. The fees for shift care and part-time care are also proposed to be amended. In respect of services provided in the home the Committee proposes shifting from the visit-based fees to time-based fees, based on the time of care defined in the individual care and service plan. The fee for a service given in the home also applies to housing services and service housing under the Social Welfare Act.			
Key words child day care, committee reports, fees, health care, home services, payment criteria, services subject to a charge			
Other information www.stm.fi			
Title and number of series Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2005:10		ISSN 1236-2050	ISBN 952-00-1797-6 (print) 952-00-1798-4 (PDF)
Number of pages 197	Language Finnish	Publicity Public	
Orders Helsinki University Press PO Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND Tel +358 9 7010 2363 books@yliopistopaino.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 19.12.2003 toimikunnan selvittämään kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamistarpeita. Sosiaali- ja terveysministeriö on päätöksellään 27.05.2005 myöntänyt lisääikaa toimikunnalle 30.8.2005 saakka.

Toimikunnan tavoitteena on ollut kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan periaatteiden määrittäminen sekä ehdotusten tekeminen nykyisten maksusäännösten uudistamiseksi.

Toimikunnan on tullut toimeksiantonsa mukaisesti tehdä ehdotuksensa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan linjauksiksi ottaen huomioon:

- perustuslain 19 §:ssä julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja asiakasmaksun vaikutus mahdollisuuteen käyttää näitä palveluita,
- asiakasmaksut palvelujen käytön ohjauksessa,
- tarve määrätä maksu joko kaikille tasasuuruiseksi tai palvelun käyttäjien tulojen mukaan määräytyväksi sekä selvittää tulosidonnaisten maksujen tulonjakovaikutukset ja kannustavuus,
- asiakasmaksujen merkitys palvelujen rahoituksessa,
- maksusäännösten selkeys ja ymmärrettävyys, sekä
- mahdolliset muut maksupolitiikan määräytymisen kannalta keskeiset seikat.

Maksupolitiikan linjausten perusteella toimikunnan tulee laatia ehdotuksensa:

- maksuja koskevien säännösten (asetus ja laki) keskeisiksi periaatteiksi, ottaen huomioon valtakunnallisen säädöstason ohjauksen, kunnallisen itsehallinnon ja väestön yhdenvertaisuuden välinen suhde,
- uudeksi asiakasmaksulaiksi ja –asetukseksi, sekä
- maksuja koskevan hallinnoinnin yksinkertaistamiseksi ja tehostamiseksi.

Toimikunnan tulee myös selvittää

- millä edellytyksillä kunnallisen terveydenhuollon maksukatto ja sairausvakuutuksen omavastuukatot voitaisiin yhdistää ja
- mahdollinen tarve laajentaa maksukattojen piirissä olevia palveluja ja maksuja sekä tarvittaessa tehdä ehdotuksensa yhdistämisen toteuttamisen edellyttämistä toimenpiteistä ja aikataulusta.

Toimikunnan puheenjohtajana on toiminut apulaisosastopäällikkö, sosiaali-neuvos *Olli Kerola* ja varapuheenjohtajana hallitusneuvos *Pekka Järvinen*, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jäseninä ovat olleet neuvotteleva

virkamies *Raimo Jämsén*, neuvotteleva virkamies *Kari Ilmonen*, erikoissuunnittelija *Minna Liuttu*, kaikki sosiaali- ja terveysministeriöstä, budjettineuvos *Raija Koskinen* valtiovarainministeriöstä, ylitarkastaja *Vesa Lappalainen* sisäasiainministeriöstä, sosiaali- ja terveystoimenpäällikkö *Tuula Taskula* Suomen Kuntaliitosta, taloussuunnittelupäällikkö *Torsten Löfman* 31.5.2004 saakka ja 31.5.2004 alkaen järjestelmäpäällikkö *Sirkka Hartikainen* Kansaneläkelaitoksesta, sosiaalijohtaja *Riitta Ylipelkonen* Naantalın kaupungista, YTY ry:n varapuheenjohtaja, pääsihteeri *Kaarina Laine-Häikiö* Suomen Tule ry:stä, ryhmäpäällikkö *Markku Pekurinen* sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesista. Toimikunnan pysyvänä asiantuntijana on toiminut erityisasiantuntija *Sinikka Huhtala* Suomen Kuntaliitosta. Toimikunnan sihteerinä ovat olleet ylitarkastaja *Hanna Nyfors* ja hallitusneuvos *Lauri Pelkonen* molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Maksutoimikunta on työnsä aikana asettanut kaksi alajaostoa.

Toimikunta asetti 15.3.2004 lasten päivähoidon maksuja koskevan lainsäädännön uudistamistarvetta selvittävän alajaoston, jonka tehtävänä on ollut arvioida nykyisen maksusäännösten toimivuutta ja siinä ilmeneviä ongelmia sekä uudistamistarpeita. Maksujaoston puheenjohtajana toimi neuvotteleva virkamies *Kari Ilmonen* sosiaali- ja terveysministeriöstä ja jäsenenä hallitusneuvos *Lauri Pelkonen*, erikoistutkija *Riitta Sääntti*, erikoistutkija *Ilari Keso*, ylitarkastaja *Kirsi Alila* (30.6.2004 saakka) ja ylitarkastaja *Tarja Kahiluoto* (1.9.2004 alkaen) sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä erityisasiantuntija *Anna-Maija Haliseva-Lahtinen* Suomen Kuntaliitosta ja erityistutkija *Antti Parpo* Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus ja kehittämiskeskus Stakesista. Jaoston sihteerinä on toiminut ylitarkastaja *Merja Kivistö* sosiaali- ja terveysministeriöstä (13.9.2004 alkaen). Maksujaoston toimeksiannosta Anna Väinälä sosiaali- ja terveysministeriöstä on tehnyt selvityksen kuntien päivähoitomaksukäytännöistä kunnissa.

Toimikunta asetti vanhusten- ja vammaisten kotiin annettavien palvelujen ja asumispalvelujen asiakasmaksuja uudistamista selvittävän alajaoston 22.10.2004, jonka apuna toimi Oulun kaupungin sisäinen tarkastaja *Rauni Väänänen-Sainio*. Alajaoston tehtävänä on ollut selvittää vanhusten- ja vammaisten kotiin annettavien palvelujen ja asumispalvelujen asiakasmaksujen uudistamista. Työryhmän puheenjohtajana toimi hallitusneuvos *Pekka Järvinen* sosiaali- ja terveysministeriöstä ja jäsenenä olivat neuvotteleva virkamies *Viveca Arrhenius*, ylitarkastajat *Aini Kimpimäki* ja *Anne-Mari Raassina* sekä lakimies *Lotta Silvennoinen* sosiaali- ja terveysministeriöstä, erityisasiantuntija *Eevaliisa Virnes* Suomen Kuntaliitosta ja Oulun kaupungin sisäinen tarkastaja *Rauni Väänänen-Sainio*, joka toimi työryhmän sihteerinä.

Maksutoimikunta on työnsä aikana kuullut seuraavia asiantuntijoita:

- Lapin lääninhallituksen osastopäällikkö, selvitysmies *Raimo Pantti* oli kuultavana hallinto-oikeuskäytäntöihin ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasioissa tehtyjä päätöksiä (2000 –2002) koskevasta selvitystyöstä¹
- Oulun kaupungin sisäinen tarkastaja *Rauni Väänänen-Sainio*; vanhus-ten palvelujen asiakasmaksukäytännön uudistamisesta ns. Oulun-mallin mukaisesti
- Sosiaali- ja terveysministeriöstä neuvotteleva virkamies *Viveca Arrhenius* ja ylitarkastaja *Anne-Mari Raassina* olivat kuultavina vanhuspalvelujen asiakasmaksujen ongelmista ja kehittämistarpeista sekä ylitarkastaja *Aini Kimpimäki* vammaispalvelujen asiakasmaksujen ongelmista ja kehittämistarpeista
- Sosiaali- ja terveysministeriöstä kehittämisspäälikkö *Anne Nordblad* suun terveydenhuollon tutkimuksen ja hoidon asiakasmaksuista ja niiden kehittämistarpeista
- Valtiovarainministeriöstä neuvotteleva virkamies *Tuomo Mäki* indekseistä ja niiden soveltumisesta asiakasmaksuihin
- Oikeusministeriöstä lainsäädäntöneuvos *Tuula Majuri* sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmästä perustuslain näkökulmasta
- Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta VATT:sta erikoistutkija *Tarmo Rätty* esitteli maksutoimikunnan toimeksiantoon perustuvaa selvitystyötä, joka koski vaurastuvien seniori- ja vanhusikäluokkien asiakasmaksujen vaikutuksia kuntien sosiaali- ja terveystoimen maksutuloon
- Stakesista erityistutkija *Antti Parpo* oli kuultavana lasten päivähoidon ehdotusten taloudellisten vaikutusten arvioinnista.

Maksutoimikunta on kokoontunut vuonna 2004 yhdeksän kertaa ja vuonna 2005 15 kertaa. Lisäksi toimikunta järjesti yhden työseminaarin 15.3.2004.

Toimikunta on teettänyt työnsä aikana kolme erillisselvitystä. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen erikoistutkija *Tarmo Rätty* on yhteistyössä Itä-Suomen osaamiskeskuksen Pohjois-Karjalan yksikön kanssa laatinut toimikunnan käyttöön selvityksen yli 65-vuotiaiden ikäluokkien vaurastumisen vaikutuksista kuntien maksutuloon sosiaali- ja terveystoimen avo- ja laitospalveluista perittävien tulosidonnaisten maksujen kautta. Toimikunnan toimek-

¹ Raimo Pantti: Hallinto-oikeuksien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasioissa tekemät päätökset 2000-2002. STM:n monisteita 2004:7

siannosta tarkastaja Niilo Färkkilä (STM) on tehnyt kansainvälisen vertailun sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista eräissä maissa. Lisäksi Kansaneläkelaitos ja Kuntaliitto ovat toimikunnan toimeksiannon mukaisesti tehneet selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksukaton ja Kelan lääke- ja matkakorvausten vuosiomavastuuosuuksien kohdentumisesta samoille henkilöille vuonna 2004.

Toimikunnan raporttiin sisältyy Raimo Jämsenin, Raija Koskisen, Vesa Lappalaisen ja Markku Pekurisen täydentävät lausumat sekä Tuula Taskulan eräviä mielipide.

Saatuaan tehtävänsä suoritetuksi toimikunta jättää sosiaali- ja terveysministeriölle kunnioittavasti muistionsa.

Helsingissä 9 päivänä syyskuuta 2005

Olli Kerola

Pekka Järvinen

Raimo Jämsén

Kari Ilmonen

Minna Liuttu

Raija Koskinen

Vesa Lappalainen

Tuula Taskula

Sirkka Hartikainen

Riitta Ylipelkonen

Kaarina Laine-Häikiö

Markku Pekurinen

Sinikka Huhtala

Hanna Nyfors

Lauri Pelkonen

SISÄLLYSLUETTELO

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE	9
SISÄLLYSLUETTELO	13
1 JOHDANTO.....	15
2 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN JA RAHOITUS	19
2.1 Sosiaali- ja terveyspalvelut	19
2.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä aiheutuvat kustannukset.....	31
2.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittaminen.....	33
2.4 Kotitalousvähennys hoivapalveluissa	37
2.5 Vanhuspalveluiden asiakasmaksut vuonna 2015.....	38
3 NYKYTILA	40
3.1 Maksupolitiikan keskeiset piirteet	40
3.2 Nykyiset maksusäännökset	42
3.3 Maksukatot eri järjestelmissä.....	57
3.4 Vireillä olevia lainsäädäntö- ja muita hankkeita	61
4 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN MAKSUJÄRJESTELMÄT POHJOISMAISSA JA ERÄISSÄ MUISSA MAISSA	69
4.1 Lasten päivähoito	69
4.2 Vanhusten pitkäaikaishoito	70
4.3 Kotitaloudet terveydenhuollon kokonaismenojen rahoittajina	72
5 MAKSUJÄRJESTELMÄN LÄHTÖKOHDAT	75
5.1 Sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteet.....	75
5.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen verorahoitteisuus	77
5.3 Kunnallinen itsehallinto	78
5.4 Maksujen merkitys palvelujen rahoituksessa ja palvelujen käytön ohjauksessa	79
5.5 Sosiaalinen oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus ja tasa-arvo.....	81
5.6 Maksusäännösten selkeys ja ymmärrettävyys	82
6 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN MAKSUJÄRJESTELMÄN ONGELMAT JA KEHITTÄMISTARPEET	83
6.1 Maksujärjestelmän peruslinjaukset.....	83
6.2 Terveydenhuollon maksut	84
6.3 Päivähoidon maksut	89
6.4 Vanhusten, vammaisten ja lapsiperheiden kotiin annettavien palvelujen maksut	92
6.5 Tulokäsitys asiakasmaksulainsäädännössä.....	97
6.6 Asiakasmaksujen taso ja kustannuskehitys.....	105
6.7 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukattojen ja sairausvakuutuksen vuosiomavastuuosuuksien yhdistäminen	107
6.8 Sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo.....	111
7 TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET	113
7.1 Maksujärjestelmän yleiset periaatteet.....	113
7.2 Terveydenhuollon maksut	116

7.3 Lasten päivähoiton maksut	121
7.4 Kotona annettavien palveluiden ja asumispalveluiden maksut	127
7.5 Pitkäaikaisen laitoshoidon maksut	132
7.6 Tulokäsité maksukyvyn mukaan määräytyvissä asiakasmaksuissa	134
7.7 Maksujen ja maksujen perusteena olevien tulojen ja tulo rajojen indeksitarkistukset	136
7.8 Maksukattoja koskevat ehdotukset	142
7.9 Toimikunnan ehdotusten jatkovalmistelu	144
LIITE 1. LUONNOS ASIAKASMAKSULAIN UUDEKSI RAKENTEEKSI	147
LIITE 2. KUNNALLISTEN PÄIVÄHOITOMAKSUKSEN PERHEKÄSITTEEN MUUTOS JA ENIMMÄISMAKSUKSEN KOROTUS (ANTTI PARPO, STAKES)	169
LIITE 3. MALLI TULOKÄSITTEEN SELKEYTTÄMISEKSI VEROLLISUUDEN PERUSTEELLA.....	179
ERIÄVÄ MIELIPIDE	183
TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA	189
TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA	191
TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA	193
TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA	195

1 JOHDANTO

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkaa on edellisen keran laaja-alaisesti tarkasteltu 1990-luvun alkupuolella sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnassa (sosiaali- ja terveysministeriön komiteamietintö 1993:17). Tämän jälkeen on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin on tehty lukuisia muutoksia niin toiminnan sisällössä kuin myös rahoituksessa. Muutoksilla on ollut erilaisia tavoitteita. Osa muutoksista on merkinnyt maksujen korotuksia palvelujen rahoituksen turvaamiseksi ja osalla muutoksista on pyritty parantamaan palvelujen käyttäjien asemaa maksuja poistaen tai alentaen. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä kunnallisen harkinnan laajentaminen palvelujen järjestämisessä ja myös maksujen määrittämisessä on lisännyt kuntakohtaisia eroja. Lisäksi palvelurakenteissa ja lainsäädännössä on tapahtunut muutoksia, joilla on ollut vaikutuksia maksuihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta selvitysmies Raimo Jämsén arvioi maksupolitiikan tilannetta, maksusäädösten toimivuutta, maksukattoja sekä maksujen hallinnointia. Selvitysmiehen raportti *Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus* julkaistiin 26.3.2003 (Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:12). Selvitysmiehen mukaan maksupolitiikan (ml. sairausvakuutuksen omavastuut) ja nykyistä toimivamman maksukäytännön linjoina tulisi olla pääpiirteissään seuraavat:

- lähtökohtana on, että myös tulevaisuudessa asiakkaat maksavat palvelujen käyttämisestä ja että asiakkaiden maksuilla ja omavastuilla on yläraja,
- maksupolitiikka tukee vallitsevan sosiaali- ja terveystalouden tavoitteita,
- maksuilla on kaksi perusfunktiota (rahoitus- ja ohjausfunktio), joiden keskinäinen painotus vaihtelee eri palveluissa ottaen huomioon sosiaalisen oikeudenmukaisuuden asettamat reunaehdot,
- tiedostetaan ja tunnistetaan, että asiakkaan maksuosuudet/omavastuuosuudet eivät ole yleislääke moninaisten sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien ratkaisemiseksi,
- maksupolitiikan uudistamisessa olisi tarkoituksenmukaista käsitellä kokonaisuutta kolmena eri ryhmänä eli lasten päivähoito, pitkäaikaishoidot sekä akuuttipalvelut,
- palvelujen käytön ohjaamisessa päähuomio keskitetään siihen, että maksuilla osaltaan tuetaan avohoito- ja kodinomaisten palvelujen käyttöä,
- hyväksytään tosiasia, että maksusäännöksillä ei voida ottaa huomioon kaikkia mahdollisia tilanteita,

- hallinnollisesti toimiva ja hallinnointikuluiltaan kevyt maksujärjestelmä ja
- asiakasmaksupolitiikan tulisi asiakasmaksuineen ja omavastuineen olla väestön tuntema ja hyväksymä.

Eduskunta on myös kiinnittänyt huomiota asiakasmaksusäännösten selvittämistarpeeseen viime vuosina eri hallituksen esitysten käsittelyn yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muutosesitykseen antamassaan vastauksessa (EV 211/2001, HE 187/2001) eduskunta edellytti, että hallitus selvittää terveydenhuollon asiakasmaksujen ja maksukaton samoin kuin sairausvakuutuslain mukaisten omavastuiden vaikutuksia palvelujen käyttäjien ja kuntien taloudelliseen asemaan. Lisäksi eduskunta on edellyttänyt, että hallitus selvittää erilaiset vaihtoehdot yhtenäisen, kaikki terveydenhoidon menot kattavan asiakkaan maksukyvyn huomioon ottavan maksukaton aikaansaamiseksi.

Lisäksi eduskunta on lasten päivähoiton maksuja koskevaan hallituksen esitykseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 7 a §:n muuttamisesta (EV 211/2001, HE 187/2001) antamassaan vastauksessa edellyttänyt, että hallitus selvittää päivähoitomaksuihin liittyviä rakenteellisia ongelmia ja säädösten selkeyttämistarvetta ja antaa eduskunnalle esityksen tarvittavista lainsäädäntömuutoksista vuoden 2002 aikana. Valtioneuvoston selonteossa eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista (STM julkaisuja 12/2002) todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää päivähoiton maksujärjestelmää koskevan selvityksen, jonka osana tarkastellaan päivähoiton lisäksi muidenkin hoitomuotojen kuten yksityisen hoidon ja kotihoidon tukea. Tavoitteena on lisätä maksujärjestelmän tasapuolisuutta erilaisten perheiden välillä ja samalla estää kynnyksien syntyminen työhön siirtymiselle.

Toteutettujen muutosten seurauksiin on kiinnitetty huomiota eri yhteyksissä ja todettu tarve arvioida laajemmin sekä maksupolitiikkaan yleisesti että maksusäännösten käytännön toimivuutta. Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkaa uudistetaan sekä selvitetään mahdollisuus yhtenäiseen maksukattoon. Maksupolitiikan uudistamisen tavoitteena tulee olla, että maksut eivät ole esteenä hoitoon hakeutumiselle erityisesti pienituloisten ja paljon sairastavien kohdalla. Tämän vuoksi on katsottu tarpeelliseksi selvittää myös mahdollisuus yhtenäisen maksukattojärjestelmän käyttöönottoon.

Valtioneuvosto on myös huhtikuussa 2002 tekemässään terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta koskevassa periaatepäätöksessä todennut, että asiakasmaksuja ja maksukattoja koskevat säännökset uudistetaan. Keväällä 2004 hyväksytyn peruspalveluohjelman mukaan valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksukäytännön muuttamista siten, että maksuissa otetaan huomioon palvelujen kustannuskehitys. Valtioneuvosto on myös valti-

ontalouden kehyspäätöksessä vuosille 2006-2009 todennut, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuissa otetaan huomioon kustannusten kehitys vuodesta 2006 lukien.

Valtioneuvoston tulevaisuusselonteossa (VNS 8/2004 vp) väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta – hyvä yhteiskunta kaikenikäisille – tavoitteena on turvata ihmisten hyvinvointi ja pyrkiä sekä taloudellisesti kestäviin että sosiaalisesti oikeudenmukaisiin ratkaisuihin kaikkien sukupolvien ja molempien sukupuolien näkökulmasta. Poliittikkalinjauksilla tavoitellaan sellaista Suomea, jossa kunnioitetaan yksilöä iästä riippumatta. Väestön ikääntymisestä koituvat kustannukset on jaettava eri ikäpolvien kesken. Tärkeä arvo on myös se, ettei tulevien sukupolvien valinnanmahdollisuuksia kavenneta.

Tulevaisuusselonteon mukaan pitkällä aikavälillä julkiseen talouteen kohdistuu rahoituspaineita, jotka voivat vaarantaa hyvinvointiyhteiskunnan ylläpidon ja kehittämisen. Taloudellisesti kestävä kehitys uhkaavat talouskasvun potentiaalin pieneneminen työikäisten väheneminen ja vanhentumisen takia sekä julkisten menojen kasvu eläkkeiden ja palveluiden kustannusnousun takia. Lisäksi on otettava huomioon, että tuotannontekijöiden liikkuvuuden kasvu ja kilpailukyvyyn turvaaminen voivat vaikuttaa verotuksen tasoon. Peruspalveluiden tasavertainen turvaaminen on vaarantumassa kuntien rahoituspohjan heikkenemisen, odotettavissa olevan palvelutarpeen kasvun aiheuttaman kustannusnousun ja työvoiman saatavuuspulmien takia. Osin tästä syystä, osin kuntien erilaisen elinkeinokehityksen takia on odotettavissa, että hyvinvointi alkaa eriytyä yhä vahvemmin alueellisesti. Kestävyyslaskelmissa näkyy nettovelan kasvu, jonka tietoinen kasvattaminen tapahtuisi tulevien sukupolvien kustannuksella. Sosiaalinen ja eettinen kestävyys edellyttävät myös, että hyvinvoinnin kattavuudesta ja riittävydestä huolehditaan.

Suomi on toteuttanut moniin maihin verrattuna kauaskantoisia etuusjärjestelmiin liittyviä uudistuksia. Suomessa on mahdollistettu monella tavalla myös työn ja sosiaaliturvan yhteensovittaminen, jota tulee edelleen joustavoittaa eri elämäntilanteiden tarpeiden pohjalta. Kehitystyössä on otettava huomioon etuusjärjestelmän lisäksi myös verotuksen ja mahdollisten palveluiden ja niihin liittyvien maksujen yhteensovittaminen. Sosiaaliturvan ja sen rahoituksen tulee myös osaltaan tukea työllistymistä ja työntekoa sekä kannustettava ihmisiä omaehtoiseen ponnisteluun hyvinvointinsa edistämiseksi. Samalla on syytä huolehtia siitä, että sosiaaliturvan, verotuksen ja maksujen muodostama kokonaisuus on selkeä, kattava ja tasoltaan kohtuullinen. Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistustyön tavoitteena on, että rahoitusjärjestelmä tukee jokaisen kansalaisen mahdollisuuksia lakisääteisiin palveluihin kohtuullisella vero- ja maksurasituksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) koskevassa asiakirjassa yhtenä lähivuosikymmenten sosiaaliturvan suunnan linjauksena on toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Palvelujen turvaamisen avainkohtia ovat asiakkaan asema, palvelujen laatu ja monipuolisuus, työvoiman riittävyys, ohjausmallit sekä alueellinen yhteistyö. Riittävä toimeentuloturva on yhteiskunnallisen eheyden perusta.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän lähtökohtana on palvelujen käyttäjä ja tarvitsija. Järjestelmä rakentuu kuntien nykyistä laajempaan yhteistyöhön, jota rahoitusmalli tukee. Palvelujen saatavuus ja laatu on turvattava, samoin alueellinen tasa-arvo. On löydettävä toimiva valtion, kuntien sekä palvelujen tuottajien välinen ohjaussuhde. Vähimmäisetuuksien kohtuullinen taso turvaa toimeentulon eri elämäntilanteissa.

Strategisissa sosiaali- ja terveystaloudellisisissa linjauksissa asiakkaan ja potilaan asemaa turvaavat lait ovat perusta palvelujen käyttäjän aseman vahvistamiseksi. Hoitosuositusten ja hoitoon pääsyn turvaamiseksi säädettyjen muutosten eli ns. hoitotakuun avulla varmistetaan asianmukainen hoito ja hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa. Lisäksi parannetaan asiakkaan ja omaisten mahdollisuutta osallistua hoidon ja hoitojärjestelyjen suunnitteluun.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen perustan muodostavat kuntien järjestämät palvelut, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta, taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Valtionosuuden tavoitteena on selkeä ja kuntien pitkän aikavälin sosiaalista ja terveystaloudellista suunnittelua tukeva rahoitus. Julkisia rahoituskanavia kehitetään siten, että ne eivät aiheuta epätarkoituksenmukaista palvelujen tarjontaa tai kysyntää. Palvelujen käyttäjiltä perittävät maksut mitoitetaan siten, että ne mahdollistavat järkevän verorahoitteisten palvelujen käytön ja täydentävät vaadittavaa verorahoitusta.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN JA RAHOITUS

2.1 Sosiaali- ja terveyspalvelut

Julkisella vallalla eli valtiolla ja kunnilla on perustuslain nojalla velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Perustuslain mukaan julkisen vallan on myös turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvatusta. Näiden oikeuksien eräänä toteuttamiskeinona ovat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Kunnat kantavat päävastuun sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta. Voimassa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö määrittelee sen, miten palvelujen saatavuudesta on huolehdittava.

2.1.1 Järjestämistavat

Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on pääsääntöisesti henkilön kotikunnalla. Kotikunta määräytyy kotikuntalain perusteella. Lähtökohtaisesti henkilön kotikunta on se kunta, jossa hän asuu. Kotikuntavaatimusta ei kuitenkaan ole, jos henkilö tarvitsee sosiaali- tai terveyspalveluita kiireellisissä ja ensiaputilanteissa.

Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuusta on säädetty tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon eri toiminta-alueita koskevissa erityislajeissa. Erityislainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja asukkailleen, mutta se ei sääntele yksityiskohtaisesti järjestämistapaa. Kunnilla on periaatteessa laaja valinnanvapaus sen suhteen, miten palvelut käytännössä toteutetaan. Eräissä erityislajeissa (esim. erikoissairaanhoitolaki) on kuitenkin säännöksiä, jotka edellyttävät tiettyjä menettelytapoja liittyen sairaanhoito- ja erityishuoltopiirien jäsenyyteen.

Kunnille kuuluvan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisvastuun periaatteista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (jäljempänä STVOL) 4 §:ssä. Säännöksen mukaan kunnat voivat järjestää palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa harjoittavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palvelut valtiolta, muilta kunnilta, kuntayhtymiltä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palveluntuottajalta.

Lisäksi vuoden 2004 alusta otettiin käyttöön palveluseteli. Palvelusetelin käytöstä on vielä vähän kokemusta. Palveluseteliä voidaan käyttää vaihtoehtona

kunnan itse järjestämille tai ostopalveluna toteutettaville palveluille. Asiakas maksaa omavastuuosana kunnan antaman palvelusetelin arvon ja palvelun hinnan välisen erotuksen. Palvelun käyttäjän maksettavaksi tuleva omavastuuosuus ei saa ylittää asiakasmaksua, jonka kunta tai kuntayhtymä voisi periä itse tuottamistaan palveluista, ellei palvelusetelin arvon määrittämisestä ole erikseen toisin säädetty. Asiakkaan omavastuuosuus määräytyy eri tavoin eri palveluissa, se voi olla suurempi tai pienempi kuin kunnan tuottamista palveluista perittävä asiakasmaksu. Esimerkiksi kotipalvelun palvelusetelin arvon määrittämisestä on erityissäännökset sosiaalihuoltolaissa. Jos palveluseteliä käytetään terveystalveissa, omavastuuosuus ei saa ylittää terveystalveista säädettyjä asiakasmaksuja. Nykyisen lainsäädännön mukaan palvelusetelin omavastuuosuudet ovat osittain kytköksissä vastaavien kunnan tai kuntayhtymän itse tuottamien palvelujen asiakasmaksuihin. Palvelusetelillä kunta myöntää asukkaallensa sitoumuksen maksaa tietyn kunnan päättämän osan yksityisen palvelun tuottajan antamasta palvelusta. Olennaista palvelusetelissä on asiakkaan valinnanvapaus kunnan hyväksymien palveluntuottajien välillä. Tältä osin toimintamalli poikkeaa kunnan ostopalveluista, koska lähtökohtaisesti ostopalveluissa osoitetaan asiakkaan käyttöön ilman asiakkaan omaa vapautta palveluntuottajan valinnassa.

Palvelujen järjestämistavoissa voi olla kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestön tarpeiden mukaan. Tämä korostaa kunnallisten luottamushenkilöiden ja muiden päättäjien vastuuta siitä, että palvelujen taso ja laatu vastaavat kunnassa esiintyviä tarpeita.

2.1.2 Lakisääteiset sosiaali- ja terveystalvet

Perustuslaissa on julkiselle vallalle eli valtiolle ja kunnille asetettu velvoite sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistää väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveystalvejen sekä viimesijaisen toimeentuloturvan piiriin kuuluvan toimeentulotuen järjestäminen on käytännössä asetettu kuntien tehtäväksi. Suuri osa sosiaali- ja terveystalveista on lakisääteistä eli lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään tietyt etuudet ja talvet. Kunnat voivat harkintansa mukaan järjestää muitakin sosiaali- ja terveystalveja.

Oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on säädetty oikeudeksi jokaiselle, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. Asiakkaan oikeudesta sosiaali- ja terveystalveihin on säädetty useissa laeissa eri tavoin. Eräiden palvelujen turvaaminen on nähty niin tärkeäksi, että yksilölle on säädetty ns. subjektiivinen oikeus palvelujen saamiseen. Näistä esimerkkeinä ovat mm. lasten päivähoito, eräät vammaisille henkilöille säädetty tukitoimet ja etuudet. Kun kyse on subjektiivisesta oikeudesta, kunnalla on erityinen velvollisuus järjestää talvet kaikille säädetty edellytykset

täyttävälle henkilölle. Jos yksilön oikeus on subjektiivista oikeutta heikompi, kyse on määrärahasidonnaisesta sosiaali- ja terveystalvasta. Osa palveluista on määrärahasidonnaisia eli asiakkaalla on oikeus palveluun kunnan varaamisen määrärahojen puitteissa. Yleisenä periaatteena kuitenkin on, että palvelun tarve tulee näissäk in tilanteissa arvioida yksilöllisesti eikä palvelua voida evätä pelkästään määrärahan puutteeseen vedoten.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö muodostaa laajan kokonaisuuden. Keskeisimmät lait kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon osalta ovat sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki ja terveydensuojelulaki. Joistakin etuuksista ja palveluista on säädetty erikseen omista laeissaan (esim. lastensuojelulaki, päivähoitolaki, vammaispaalvelulaki, päihdehoitolaki, mielenterveyslaki, toimeentulotukilaki, tartuntatautilaki).

Lakisääteiset sosiaalipalvelut

Sosiaalihuoltolaissa säädetään kunnalle velvollisuus huolehtia yleisten sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Lisäksi kunnalla on velvollisuus huolehtia sosiaalihuoltolaissa mainituista muista sosiaalipalveluista, joista on säädetty erillislailleilla. Kiireellisesti tarvittavat lakisääteiset sosiaalipalvelut on järjestettävä niinä vuorokauden aikoina kuin niitä tarvitaan.

Lakisääteisiä sosiaalipalveluja ovat:

- sosiaalityö
- kasvatus- ja perheneuvonta
- koti- ja asumispaalvelut
- laitoshuolto
- perhehoito
- omaishoidon tuki
- vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta
- lasten ja nuorten huolto
- lasten päivähoito
- lastenvalvojalle säädettyt tehtävät ja muut isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen kuuluvat toimenpiteet
- perheasioiden sovittelu, lasten elatuksen turvaamistoimenpiteet sekä lapsen huolto ja tapaamisoikeusasiat
- ottolapsineuvonta
- kehitysvammaisten erityishuolto
- vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet
- päihdehuolto
- kuntouttava työtoiminta

Terveyspalvelut

Kansanterveyslaki asettaa kunnille terveyspalveluihin liittyviä velvoitteita. Erikseen on säädetty lisäksi muun muassa erikoissairaanhoidosta, tartuntatautien ehkäisystä ja hoidosta sekä työterveyshuollosta.

Lakisääteisiä terveyspalveluja ovat:

- terveysneuvonta
- sairaanhoito ja lääkinällinen kuntoutus
- sairaankuljetus
- terveyskeskuksessa annettavat mielenterveyspalvelut
- suun ja hampaiden tutkimus ja hoito
- kouluterveydenhuolto
- opiskelijaterveydenhuolto
- työterveyshuoltopalvelut (työnantajan lakisääteiseen tuottamisvelvollisuuteen kuuluva työterveyshuolto)
- kansanterveysasetuksen mukaiset seulonnat
- kiireellinen avosairaanhoito (ml. suun terveydenhuolto) potilaan asuinpaikasta riippumatta
- erikoissairaanhoito
- antaa eräissä tapauksissa virka-apua poliisille, vankeinhoitoviranomaisille ja puolustusvoimille

2.1.3 Palvelujärjestelmän muutokset ja kehitys nykyisen maksulainsäädännön aikana

Yleistä

Suomessa on vuoden 2005 alussa 432 hyvin erikokoista ja erilaista kuntaa, joista Manner-Suomessa on 416 ja Ahvenanmaalla 16. Kaupunkeja on 114. Kaikista kunnista 44 on kaksikielisiä ja 19 ruotsinkielisiä. Helsingissä on yli puoli miljoonaa asukasta. Lisäksi Espoossa, Tampereella, Vantaalla, Turussa ja Oulussa on yli 100 000 asukasta. Pienimmissä saaristokunnissa asukkaita on alle 200. Viime vuosina kuntien määrä on vähentynyt kuntaliitosten johdosta.

Sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtii sosiaalihuoltolain perusteella kunnan monijäseninen toimielin, joka yleisimmin on nimetty sosiaalilautakunnaksi tai perusturvalautakunnaksi. Vastaavasti kansanterveyslain mukaan kansanterveystyön toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä huolehtii kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Sama toimielin voi huolehtia sekä kunnallisesta sosiaali- että terveydenhuollosta. Manner-Suomen kunnista 182:ssa on yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon luottamushenkilöhallinto.

Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaan kuntien on kuuluttava johonkin erityishuoltopiiriin kuntayhtymään, joita on kaikkiaan 17. Erityishuoltopiirit ovat hyvin erilaisia ja niiden väestöpohja vaihtelee 66 000 asukkaasta 774 000 asukkaaseen. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava erikoissairaanhoidon kuntayhtymään, joita on kaikkiaan 20. Suurimman – Helsingin ja Uudenmaan – sairaanhoitopiirin väestöpohja on yli 1,4 miljoonaa asukasta, kun pienimmässä Itä-Savon sairaanhoitopiirissä asukkaita on 65 000. Kansanterveystyön kuntayhtymiä on kaikkiaan 66 ja niissä jäsenkuntia on 208. Kansanterveystyön kuntayhtymien määrä on vuodesta 1993 lukien vuosittain vähentynyt (lukuun ottamatta vuotta 2002), kun kaikkiaan 31 kuntayhtymää on purkautunut, osa kuntien yhdistymisen vuoksi. Uusia kuntayhtymiä on perustettu 1. Kansanterveystyön kuntayhtymien väestöpohja vaihtelee 2 481 asukkaasta 66 191 asukkaaseen.

Avo- ja laitoshoido

Sosiaali- ja terveystalitiikan keskeisenä tavoitteena on ollut laitoshoidon vähentäminen ja korvaaminen avopalveluilla. Ikääntyneiden ja vammaisten palveluissa on tapahtunut runsaan 10 vuoden kuluessa selvä rakennemuutos. Kunnat ovat lisänneet erityisesti palveluasumista, joka katsotaan avohoidoksi, ja vähentäneet laitoshoidon tarjontaa. Arviolta 30 % kotipalvelun henkilöstöstä työskentelee palveluasunnoissa asuvien henkilöiden tukena, joten suuri osa heidän työpanoksestaan menee näiden vanhusten auttamiseen. Myös omaishoidon tuen piirissä olevien henkilöiden määrä ja osuus väestöstä ovat kasvaneet. Sen sijaan kotihoito (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) ei ole laajentunut toivotulla tavalla. Vuoden 2004 alusta käyttöön otettu uusi palvelujen järjestämistapa, palveluseteli myös osaltansa tukee vanhusten ja vammaisten henkilöiden kotona asumisen tavoitteen toteutumista.

Vuoden 2002 lopussa vanhainkotihoitossa ja pitkäaikaishoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla oli vajaat 28 000 yli 75-vuotiaasta asiakasta. Asiakkaita oli noin 4 700 vähemmän kuin vuonna 1990 ja noin 1 300 vähemmän kuin vuonna 1998. Kun vanhusten määrä on kasvanut jatkuvasti, laitoshoidossa on suhteessa väestöön entistä vähemmän vanhuksia. Vuonna 1990 laitoshoidossa oli 10,7 prosenttia, vuonna 1998 8,9 prosenttia ja vuonna 2002 enää 7,8 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Vanhainkotihoito on vähentynyt selvästi nopeammin kuin terveyskeskusten vuodeosastoilla tapahtuva pitkäaikaishoido. Kehitys on vastannut valtakunnallisen palvelurakenneuudistuksen tavoitteita laitospaikkojen vähentämisestä.

Palveluasunnossa asuvien yli 75-vuotiaiden määrä kasvoi 10 900 henkilöllä (136 %) vuosina 1994 – 2002. Tämä merkitsi palveluasunnoissa asuvien yli 75-vuotiaiden osuuden kasvua 2,7 prosentista 5,3 prosenttiin ikäryhmän väestöstä. Vuonna 2002 vajaa puolet palveluasumisen vanhusasiakkaista asui palvelutaloissa, joissa oli ympärivuorokautinen valvonta.

Avohoidon ja laitoshoidon asema ja määrittely kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja Kansaneläkelaitoksen toimeenpanemassa etuuslainsäädännössä nousi korostetusti esille vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen jälkeen. Tähän vaikuttivat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön asettamien työryhmien tekemät palvelurakenteen uudistamista koskevat ehdotukset. Vuoden 1992 lopussa käynnistetyn alueellisen selvityshankkeen perusteella esitettiin avohoitopainotteiseen toimintatapaan siirtymistä ja voimakasta asumispalveluiden kehittämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman avo- ja laitoshoidon määrittelyryhmän (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1994:18) ehdotusten pohjalta toteutettiin laitoshoidon koskevien säännösten uudistus. Yhtenäisen laitospäätteen aikaansaamiseksi yhtenäistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ja sosiaalivakuutuslainsäädännössä laitoshoidon koskevat säännökset. Lainsäädäntömuutokset avo- ja laitoshoidon määrittelystä ja siihen liittyvästä Kansaneläkelaitoksen ja kuntien välisestä neuvottelu ja lausuntomenettelystä tulivat voimaan 1.4.1995. Lainsäädännössä sosiaali- ja terveysministeriölle annettiin myös valtuudet vahvistaa sekä kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa että Kansaneläkelaitosta velvoittavat perusteet avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi.

Avohoidon ja laitoshoidon rajanvetoa koskevia lausuntopyyntöjä tuli aluksi sosiaali- ja terveysministeriöön 1995 voimaan tulleen lainsäädännön myötä noin 60, mutta viime vuosina lausuntoja on pyydetty enää muutamia vuosittain. Pääosa pyydytyistä lausunnoista on koskenut vanhustenhuollon palveluita. Myös hallinto-oikeuskäytännössä on jouduttu suorittamaan rajanvetoa avohuoltoon luettavien asumispalvelujen ja laitoshoidon välillä (Pantti 2004).

Kunnilla on ollut kannustin lisätä palveluasumista muun muassa avohoidossa oleville maksettavien Kelan etuuksien johdosta ja sosiaalihuoltolain mukaisen palveluasumisen suhteellisen vapaan maksupolitiikan ansiosta. Vanhainkotien kehittäminen hoivayksiköiksi, jotka palvelisivat esimerkiksi akuuttihoitossa olleiden jatkohoitopaikkana, on jäänyt vähemmälle huomiolle. Terveyskeskukset ovat kehittyneet nimenomaan tähän suuntaan ja vanhainkotien laitospaikat on varattu lähinnä pitkäaikaiseen hoivaan. Palvelurakenne vaikuttaa maksutuloihin ja tulonsiirtoihin, koska avo- ja laitoshoidon maksut ja tulonsiirrot ovat erilaisia. Avohoidossa eräät Kansaneläkelaitoksen maksamat etuudet ovat suuremmat kuin laitoshoidossa tai etuuksia ei makseta lainkaan laitoshoidossa olevalle. Asiakkaan maksamat maksut ja saamat tulonsiirrot voivat vaikuttaa hoidon sisältöön ja hoitopaikkaan. Toimintapoliittisesti olisi perusteltua, että maksujärjestelmä suosisi avopalvelujen käyttöä tai olisi ainakin neutraali hoitomuodon suhteen. Palvelujen kehittyessä avohoidon ja laitoshoidon rajanvedon tekeminen on myös tullut koko ajan vaikeammaksi.

Avo- ja laitoshoidon maksuperusteiden erilaisuutta on puoltanut se, että laitoshoido sisältää hoidon lisäksi täyden ylläpidon, josta asiakas vastaa avohoidossa itse. Avohoidossa myös asiakkaan itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus valintojen tekemiseen on laitoshoidoa laajempaa. Osittain tästä johtuen avohoidon asiakkaan käyttämien ja usein eri toimijoiden tuottamien ja rahoittamien palvelujen kokonaiskustannusten selvittäminen on ollut vaikeata, mikä on rajoittanut eri hoitomuotojen kustannusten keskinäistä vertailtavuutta.

Ostopalvelut ja yksityinen palvelutuotanto

Kunnallista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää täydentää yksityisen ja kolmannen sektorin tarjoamat sosiaali- ja terveyspalvelut. Nykyään sosiaali- ja terveyspalveluista tuotetaan merkittävä osa yksityisten palvelun tuottajien toimesta. Järjestöt ja yritykset tuottavat yhteensä lähes neljäsosan sosiaalipalveluista ja noin viidesosan terveyspalveluista. Kunnat ja kuntayhtymät enenevässä määrin järjestävät sosiaali- ja terveyspalveluita ostamalla niitä yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta, mikä on lisännyt yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon osuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa viime vuosina². Joissain palveluissa yksityiset palveluntuottajat tuottavat melkein kaikki palvelut, kun taas jossain palveluissa niiden osuus on vain muutama prosentti. Vaikka yksityistä palvelutuotantoa ei olekaan kaikissa palveluissa ja kaikkialla maassa tasaisesti, ovat yksityiset palveluntuottajat vakiinnuttaneet asemansa osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää.

Yksityisillä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajilla on niin julkisia (esim. kunnat, kuntayhtymät, Kela, Valtiokonttori) kuin yksityisiäkin asiakkaita (esim. kotitaloudet ja työnantajat). Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskunta on hyvin erilainen. Yksityisten sosiaalipalveluntuottajien merkittävimpiä asiakkaita ovat kunnat, jotka ostavat valtaosan niin yritysten kuin järjestöjenkin tuottamista sosiaalipalveluista. Kotitaloudet ja työnantajat ostavat yksityisiä sosiaalipalveluja suhteellisen vähän, lähinnä yksityistä päivähoidtoa ja kotipalvelua. Yksityisiä terveyspalveluita käyttävät puolestaan eniten kotitaloudet, työnantajat ja Kela. Myös Valtiokonttori, työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset hankkivat terveyspalveluja yksityissektorilta. Kunnat ja kuntayhtymät ostavat terveyspalveluja yksityissektorilta huomattavasti vähemmän kuin sosiaalipalveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toiminnan laajeneminen näyttää painottuvan ostopalvelujen hankintaan. Asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä ovat kolminkertaistuneet 1990-luvun puolivälistä lukien. Vuonna 2003 sosiaali- ja tervey-

² Yksityisestä palvelutuotannosta on laajasti tietoja Stakesin vuosina 2003 ja 2005 julkaisemissa kahdessa raportissa (Sari Kauppinen – Tapani Niskanen: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa, Stakes raportteja 274/2003 ja 288/2005).

denhuollon ostopalvelujen osuus käyttökustannuksista oli 7,2 prosenttia ja ostopalveluihin kunnat käyttivät yli miljardi euroa. Kasvua edelliseen vuoteen verrattuna (2002) oli 129 miljoonaa euroa eli lähes 15 prosenttia. Erityisesti perusterveydenhuollon ja muiden vanhusten ja vammaisten palvelujen ostot yksityisiltä yleistyivät.

Alueellisesti tarkasteltuna voidaan todeta, että yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus on suurin maan eteläisissä osissa, erityisesti Uudellamaalla, jossa yksityis palvelujen osuus on yli 30 prosenttia. Yksityistä palvelutuotantoa on kuitenkin koko maassa, Manner-Suomessa alin osuus on Keski-Pohjanmaalla, jossa yksityisten palvelujen osuus on noin 15 prosenttia. Vähiten yksityisiä palveluja käytetään Ahvenanmaalla, jossa niiden osuus on vajaat 8 prosenttia.

Yksityisten sosiaalipalveluntuottajien määrä on selvästi lisääntynyt 1990-luvulla. Toimipaikkojen määrän perusteella tuottajien määrä on yli nelinkertaistunut: vuonna 1990 yksiköitä oli noin 750, kun niitä vuonna 2002 oli yli 3 000. Toimipaikoista hieman yli puolet on järjestöjen ylläpitämiä. Toimipaikkojen määrän perusteella yleisin toimiala yksityisissä sosiaalipalveluissa on palvelutalot ja ryhmäkodit. Toiseksi eniten oli lasten päivähoiton tarjoajia ja kolmanneksi yleisin päätoimiala oli kotipalvelut. Lisäksi yksityiset palveluntuottajat tuottavat muun muassa lasten ja nuorten ja päihdehuollon palveluja sekä ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidtoa. Viime vuosina eniten ovat lisääntyneet asumispalvelut, kotipalvelut, lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito, päivätoiminta ja lasten päiväkotihoidto. Järjestöt ovat perustaneet toimipaikkoja eniten asumispalveluihin, päivätoimintaan ja kotipalveluihin. Uusien yrityspaikkojen yleisimmät alat ovat asumispalvelut, kotipalvelut, lasten ja nuorten laitos- tai perhehoito sekä lasten päivähoito.

Vuonna 2002 yksityisiä terveydenhuollon palveluntuottajia oli lähes 3 000 ja itsenäisiä ammatinharjoittajien noin 8 100. Varsinaisten palveluntuottajien määrä on 1990-luvulla vaihdellut, mutta on muutamana viime vuonna ollut nousussa, keskimäärin 120:llä vuodessa. Yksityisten terveyspalvelujen tuottajien yleisin toimiala oli fysioterapia ja toiseksi yleisin toimiala oli lääkärin vastaanottotoiminta. Sen jälkeen yleisimmät alat olivat työterveyshuolto ja laboratoriotoiminta. Suhteellisesti eniten on viime vuosina lisääntynyt työterveyshuoltoa antavien palvelujen tuottajien määrä.

Suun terveydenhuollossa yksityinen palvelutarjonnan keskittyminen erityisesti koulutuspaikkakunnille voi osaltaan tasapainottaa palvelujen tarjontaa näillä alueilla. Toisaalta yksityissektorin laajeneminen on aiheuttanut hammaslääkärivajasta Itä- ja Pohjois-Suomessa, jossa on myös pulaa palveluista.

Yksityisen palvelutuotannon osuuden kehitystä voidaan mitata myös henkilöstön perusteella. Vuonna 1990 sosiaalipalvelujen henkilöstöstä 12,1 prosenttia

työskenteli yksityisellä sektorilla. Vuonna 1995 osuus oli vain yhden prosenttiyksikön verran suurempi eli 13,4 prosenttia, mutta nousi 1990-luvun jälkimmäisellä puoliskolla siten, että se vuonna 2000 oli jo lähes 21 prosenttia. Yksityisen osuus jatkoi nousuaan myös vuosina 2000 – 2002. Vastaavasti terveydenhuollossa henkilöstöstä toimi yksityisellä sektorilla vuonna 1990 noin 14,2 prosenttia ja vuonna 2002 16,8 prosenttia. Yksityisissä sosiaalipalveluissa oli vuoden 2002 lopussa 37 700 ja yksityisissä terveystalveissa 27 000 pätöimistä työntekijää.

Yksityisen sosiaali- ja terveystalvelutuotannon kustannukset olivat 2,94 miljardia euroa vuonna 2002. Yksityisten sosiaalipalvelujen kustannukset olivat 1,2 miljardia euroa, josta yritysten osuus oli 0,34 miljardia euroa ja järjestöjen 0,86 miljardia euroa. Yksityisten terveystalvelujen kustannukset olivat noin 1,74 miljardia euroa, josta yritysten osuus oli 1,36 ja järjestöjen 0,38 miljardia euroa.

Julkisesti tuetun hammashuollon laajentaminen koko väestöä koskevaksi

Kansanterveyslaki ei enää sisällä suun terveydenhuoltopalvelujen rajausta iän tai erityisryhmän perusteella. Perusperiaatteet ovat selkiytyneet suun terveydenhuollossa terveydenhuollon yleisten linjausten mukaisiksi. Hoitoon pääsy määräytyy yksilöllisesti arvioidun hoidon tarpeen perusteella. Lisäksi hoitotakuu täsmentää riittäviä terveystalveluita määritellen hoitoon pääsyn enimmäisajat. Suun terveydenhuollossa on laadittu yhtenäiset hoidon perusteet niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa keskeisten tautiryhmien hoidossa.

Kansanterveyslakiin tehtyt muutokset laajensivat kuntien velvollisuutta järjestää hammashuoltoa 1.4.2001 lähtien. Uudistuksen siirtymäajan perusteella kunnat ovat voineet rajata hoitoa vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin 31.12.2001 asti sekä vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin 30.11.2002 asti. Myös sairausvakuutuslakia muutettiin samanaikaisesti kansanterveyslain muutosten kanssa siten, että 1.12.2002 lukien sairausvakuutuskorvaukset koskevat kaikkia vakuutettuja iästä riippumatta.

Uudistusta valmisteltaessa arvioitiin, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti aikaisemmin syntyneitä hoitosuhteita. Uudistusta valmisteltaessa arvioitiin myös, että niissä kunnissa, joissa vuosina 1946-1955 syntyneet eivät olleet päässeet terveystalvekeskuksen järjestämään hammashoittoon, terveystalvekeskusten hammashoitopalveluja tulee käyttämään noin 25 prosenttia tästä ikäluokasta sen jälkeen kun siihen tulee mahdollisuus. Kunnallisen hammashoidon kävijämäärän arvioitiin kasvavan uudistuksen myötä vuosina 2001-2002 noin 146 000 potilaalla.

Kuntien valtionosuuksia lisättiin vuosina 2001-2003 hammashuollon uudistuksen toteuttamiseksi. Hammashuollon laajennuksen vuosina 2001-2003 arvioitiin aiheuttavan lisäkustannuksia 39,86 miljoonaa euroa, josta valtionosuus oli noin 10,2 miljoonaa euroa.

Terveyskeskusten suun terveydenhuollossa kävi vuonna 2003 noin 1,8 miljoonaa henkilöä, joista oli alle 18-vuotiaita noin 860 000 henkilöä. Terveyskeskusten hoidossa käyneiden lukumäärä väheni 15 000 henkilöllä vuodesta 2002 vuoteen 2003. Vuonna 2003 terveyskeskusten suun terveydenhuollossa hoitokäyntejä kertyi noin 4 925 000 käyntiä, mikä oli noin 31 000 käyntiä vähemmän kuin vuonna 2002. Hammaslääkärikäynnit vähenivät 62 000 käyntiä vuodesta 2002 vuoteen 2003. Sen sijaan suuhygienistikäyntejä oli noin 35 000 käyntiä edellisvuotta enemmän. Kunnat ostivat yksityisiltä palveluita vuonna 2003 noin 79 000 käyntiä. Tämä oli noin 22 000 käyntiä edellisvuotta enemmän.

Väestöosuuksiin suhteutettuna on eroja tarkasteltaessa huomioitava, että ryhmiin kuuluivat eri vuosina eri suuret väestömäärät. Kunnallisessa hammashoidossa vuonna 2003 käytti suun terveydenhuollon palveluja 35 prosenttia väestöstä. Aikuisväestöstä tässä tarkoittaen 18 vuotta täyttäneistä palveluja käytti 24 prosenttia vastaavanikäisistä.

Sairausvakuutuskorvauksia sai yksityisessä hammashoidossa vuonna 2000 noin 470 000 henkilöä kun vastaava luku vuonna 2004 oli 1 029 000 henkilöä. Yksityisestä hammashoidosta vuonna 2004 sairausvakuutuskorvauksia sai 27,5 prosenttia 18-vuotta täyttäneestä väestöstä. Sairausvakuutuksesta korvattiin hammashoitomenoja vuonna 2000 41,3 miljoonaa euroa, kun vastaava korvausmäärä oli vuonna 2004 95 miljoonaa euroa.

Taulukko 1. Terveyskeskusten hammashoidossa käyneet vuosina 2001-2003 ja hammashoidosta sairausvakuutuksen korvauksia saaneet (Lähde: Sotkan tiedot ja Kansaneläkelaitoksen tilastot)

Terveyskeskuksessa hammashoidossa käyneet					
2001		2002		2003	
Ikäryhmä	Hoidossa käyneet	Ikäryhmä	Hoidossa käyneet	Ikäryhmä	Hoidossa käyneet
0-18	923 216	0-17	888 702	0-17	856 791
19-45	561 745	19-56	709 859	18-55	712 547
46-99	303 179	57-99	221 618	56-99	231 120
Sairausvakuutuskorvausta saaneet					
2001		2002		2003	
Ikäryhmä	Korvauksia saaneet	Ikäryhmä	Korvauksia saaneet	Ikäryhmä	Korvauksia saaneet
0-19	12 152	0-18	10 696	0-18	10 712
20-45	336 972	19-46	358 577	19-47	387 655
46-55	238 131	47-56	289 555	48-57	287 299
56-	12 485	57-	22 012	58-	305 925

Hoitotakuu 1.3.2005 lukien

Viime vuosien merkittävin uudistus terveydenhuollossa on *hoitoon pääsyn turvaamista* (hoitotakuu) koskeva terveydenhuollon lainsäädännön täsmentäminen. Uudistus on valmisteltu osana kansallista terveyshanketta. Muutokset tulivat voimaan maaliskuun alusta 2005 lukien. Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin on kirjattu enimmäisajat, joiden kuluessa kiireettömään hoitoon pääsy tulee järjestää. Muutoksia tuli myös potilas- ja asiakasmaksulakeihin. Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ja kuntien keskinäistä vastuuta on selkiytetty siten, että sairaanhoitopiiri vastaa sairaalaan lähetettyjen potilaiden hoidon järjestämisestä. Uudistukseen liittyen on annettu myös valtioneuvoston asetus hoitoon pääsystä ja alueellisesta yhteistyöstä sekä valmisteltu valtakunnalliset, suositusluontoiset kiireettömän hoidon pääsyn perusteet.

Hoitoon pääsyn turvaamista koskevan uudistuksen tavoitteena on ollut muun muassa tehostaa terveystalouden toimintaa. Lainmuutosten mukaan terveyskeskukseen tulee saada välitön yhteys virka-aikana. Selvityksen mukaan terveyskeskuksista 62 prosentissa tämä toteutui ennen säädösmuutosten voimaantuloa. Hoidon tarpeen arviointi pystyttiin järjestämään kolmen arkipäivän kuluessa niissä terveyskeskuksissa, joiden alueella asui 48 prosenttia väestöstä.

Välittömän yhteydensaannin ja hoidon tarpeen arvioinnin turvaaminen sekä hoidon järjestäminen enimmäisajoissa tukevat terveydenhuollon voimavarojen tarkoituksenmukaista käyttöä. Voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö edellyttää ammattihenkilöiden työnjaon uudelleen arviointia ja kehittämistä. Asiakaspalvelun kehittäminen osana hoitopalvelujen kehittämistä sisältää työtapoja, joilla voidaan edistää palvelujen käyttöasteen parantamista ja hoitoon pääsyä. Työnjaon ja henkilöstörakenteen uudelleen tarkastelu antaa mahdollisuuden eri koulutuksen omaaville henkilöille tehdä entistä paremmin koulutustaan ja työkokemustaan vastaavia tehtäviä.

Erikoissairaanhoidossa enimmäisajat ovat kolme viikkoa (hoidon tarpeen arviointi) ja kuusi kuukautta (hoito). Kokonaisuutena suomalaisen terveydenhuollon kapasiteetti riittää hyvin hoitotakuun haasteesta selviämiseen, mutta paikallisia ongelmia on kuitenkin olemassa. Ongelmallisimmat alueet ovat kuulonhuolto ja ortopedia. Kuitenkin erikoissairaanhoidossa on viimeisen kolmen vuoden aikana saatu paljon aikaan. Kolme vuotta sitten yli kuusi kuukautta jonottaneita potilaita oli pitkälti yli 60 000. Tammikuun lopussa 2005 näitä potilaita oli 35 000.

Lainsäädännön uudistusten myötä korostuu myös alueellinen työnjako. Sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien välistä yhteistyötä tehdään nykyisin erilaisin paikallisesti vakiintuneiden käytäntöjen mukaan. Yhteistyössä laadittava terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma voi toimia eräänä mahdollisuutena ja välineenä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen

kuntien välillä ja se voidaan yhdistää osaksi muuta yhteistyötä. Terveystenhuollon palvelujen järjestämisuunnitelman avulla voidaan edistää entisestään alueellista yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista. Siinä voidaan poistaa päällekkäisiä palveluja ja porrastaa alueellisia toimintoja sairaanhoitopiiriin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Myös saumattomien palveluketjujen edistämiseksi voidaan sosiaalihuollon palvelut tarvittaessa sovittaa terveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen.

Palveluja tarvitsevien asema

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettu laki sisältää sosiaalihuollon asiakkaan osallistumiseen, kohteluun ja oikeusturvaan liittyvät periaatteet. Vuoden 2001 alusta voimaan tulleen lain mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakkaan vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava ja hänen ihmisarvoaan ei saa loukata. Asiakkaan mahdollisuuksiin osallistua ja vaikuttaa hänelle annettavaan sosiaalihuoltoon sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti pyrittävä toimintamuotoihin, jotka mahdollistavat itsenäisen asumisen sekä luovat taloudelliset ja muut edellytykset selviytyä omatoimisesti päivittäisistä toiminnoista.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan potilaalle annettavan terveyden- ja sairaanhoidon on oltava laadultaan hyvää. Hänen ihmisarvoaan ei saa loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. Jollei hänelle voida heti antaa hoitoa, on hänet joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle. Potilaalle on ilmoitettava syy viivytykseen ja sen arvioitu kesto.

Täyskustannusvastuun toteuttaminen sairaanhoitokorvauksissa

Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen sairaanhoitokorvausten täyskustannusvastuun toteuttamista koskevan lainsäädäntöuudistuksen yhteydessä muutettiin asiakasmaksulainsäädäntöä (HE 158/2004) vuoden 2005 alusta. Uudistus merkitsi julkisen terveydenhuollon hoitokustannusten kattamiseksi tapaturmavakuutusjärjestelmältä ja liikennevakuutusjärjestelmältä vuosittain valtiolle peritystä ja Kansaneläkelaitokselle tilitetystä maksusta luopumista ja varojen ohjaamista suoraan hoidon antavalle kunnalliselle terveydenhuollolle. Vakuutuslaitokset maksavat 1.1.2005 lukien tapaturma- ja liikennevahinkopotilaalle kunnallisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta kuntalaskutuksen mukaisen hoitokustannuksen vähennettynä potilaalta perityllä asiakasmaksulla. Maksun saavat suoraan sairaanhoitopalveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat tai kuntayhtymät. Vakuutuslaitoksilla

ei ole oikeutta päättää potilaan hoidon sisällöstä eikä niillä ole myöskään velvollisuutta hoidon järjestämiseen. Uudistus toteutettiin kustannusneutraalisti siten, että kuntien valtionosuuksia vähennettiin kuntien arvioitua maksutulojen kasvua vastaavasti.

2.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä aiheutuvat kustannukset

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenot olivat vuonna 2003 14,08 miljardia euroa. Käyttömenot kasvoivat edellisvuoteen verrattuna 740 miljoonalla eurolla (5,5 %). Kuntien kokonaismenoista sosiaali- ja terveystoimen osuus oli 47,9 prosenttia. Sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista suurin menoerä oli erikoissairaanhoito, jonka osuus kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista oli lähes 30 prosenttia. Nopeinten kuitenkin kasvoivat muut vanhusten ja vammaisten palvelut, joiden kustannukset kasvoivat edelliseen vuoteen verrattuna noin 13 prosenttia. Lasten päivähoidon menot pysyivät edellisvuoden tasolla.

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset palvelualueittain (kustannukset mrd. € ja osuudet ja muutokset %). Lähde: Tilastokeskus, Kuntien ja kuntayhtymien toimintatilastot

	1993	1995	1998	2000	2001	2002	2003
Käyttökustannukset yht.	20,53	21,16	22,39	23,25	26,35	27,88	29,39
Sosiaali- ja terveys- toimen käyttökustan- nukset	9,35	9,57	10,65	10,97	12,56	13,34	14,08
- muutos %	45,5	2,4	11,3	3,0	14,5	6,2	5,5
- osuus käyttökust. %		45,2	47,6	47,2	47,7	47,8	47,9
Erikoissairaanhoido	2,97	2,77	3,21	3,47	3,75	3,96	4,2
- muutos %		-6,4	9,5	7,7	8,0	5,7	6,1
- osuus %	31,8	29,0	30,2	29,7	29,8	29,7	29,8
Perusterv.huolto (sis. hammashuolto)	1,89	1,96	2,11	2,32	2,46	2,65	2,8
- muutos %		3,8	7,7	9,5	6,1	7,7	5,6
- osuus %	20,2	20,5	19,9	19,9	19,6	19,9	19,9
Lasten päivähoito	1,69	1,71	1,86	1,88	1,88	1,92	1,94
- muutos %		1,5	3,7	1,4	0,1	1,8	1,2
- osuus %	18,0	17,9	17,4	16,1	15,0	14,4	13,8
Vanhusten laitospal- velut	0,6	0,64	0,62	0,66	0,7	0,73	0,74
- muutos %		7,0	1,7	5,9	5,9	4,5	2,2
- osuus %	6,4	6,7	5,8	5,6	5,5	5,4	5,3
Kotipalvelu	0,33	0,36	0,4	0,46	0,5	0,52	0,54
- muutos %		11,2	6,9	16,2	8,1	4,2	4,2
- osuus %	3,5	3,8	3,7	4,0	4,0	3,9	3,9
Muut vanhus- ja vammaispalvelut	0,34	0,44	0,61	0,75	0,87	0,85	1,08
- muutos %		26,4	27,0	21,5	16,5	9,3	13,0
- osuus %	3,6	4,5	5,7	6,4	6,9	7,1	7,6
Toimeentulotuki	0,37	0,45	0,47	0,43	0,46	0,48	0,49
- muutos %		20,1	5,4	-8,3	8,2	3,9	1,7
- osuus %	4,0	4,7	4,4	3,7	3,7	3,6	3,5
Muu sosiaali- ja terveystoimi	1,17	1,23	1,37	1,71	1,94	2,13	2,28
- muutos %		5,5	8,3	23,7	13,4	9,9	7,4
- osuus %	12,5	12,9	12,9	14,6	15,4	15,9	16,2

Kuntien toimintamenojen on arvioitu kasvavan 5,3 prosenttia vuonna 2005. Valtionneuvoston kehyspäätyöksesssä toimintamenojen kasvun on arvioitu hidastuvan vuoden 2005 jälkeen keskimäärin 3,5 prosenttiin vuodessa. Menojen kasvun hidastumiseen vaikuttavat sopimuspalkkojen kasvun hidastuminen sekä hoitoon pääsyn turvaamiseksi vuodelle 2005 ajoittuvien lisämenojen oletettu poistuminen. Riskinä kuitenkin on, että menojen kasvu jatkuu entisellään. Vuonna 2009 kuntien ja kuntayhtymien toimintamenojen arvioidaan olevan noin 3 930 miljoonaa euroa vuotta 2005 korkeammat.

2.3 Sosiaali- ja terveystalvelujen rahoittaminen

Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen edellyttää riittäviä voimavaroja. Suomessa on omaksuttu periaate, että talvelut kuuluvat julkisen vallan järjestämisvastuulle, talvelujen tulee olla kaikkien saatavilla ja ne kustannetaan pääosin verovaroin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet muuttuivat 1990-luvun aikana. Valtion osuus sosiaali- ja terveystalvelujen rahoituksesta pienentyi ja kuntien sekä kotitalouksien ja Kansaneläkelaitoksen osuudet kasvoivat.

Kuntien ja kuntayhtymien kaikista toimintamenoista rahoitetaan noin puolet kuntien verotuloilla, noin viidennes valtionosuuksilla ja loppuosa lähinnä asiakasmaksuilla, muilla toimintatuloilla ja lainoilla. Vuonna 2003 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat noin 14 miljardia euroa, valtionosuudet lähes 2,9 miljardia euroa ja maksutulot lähes 1,1 miljardia euroa. Kuntien keskimääräinen veroprosentti on vuosina 1997 – 2004 noussut 17,42 prosentista 18,12 prosenttiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen valtionosuusprosentti on samalla ajanjaksolla noussut 25,5 prosentista 31,82 prosenttiin ja valtionosuudet ovat kasvaneet tällä ajanjaksolla noin miljardilla eurolla. Vuonna 2005 valtionosuusprosentti on 32,99. Valtionosuuksilla rahoitetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon todellisista toimintamenoista noin neljännes.

Taulukko 3. Sosiaali- ja terveyspalveluista aiheutuneet kustannukset, maksutulot ja valtionosuus vuosina 1993-2006³

	Kustannukset mrd €	Muutos %	Maksutulot mrd €	Muutos %	Maksujen osuus rahoituksesta %	VOS mrd €	VOS %	Muutos %	VOS osuus rahoituksesta %
1993	9,35	-	0,83	-	8,9	3,46	36	-	37,0
1994	9,18	- 1,8	0,86	3,9	9,4	3,10	36	- 8,7	33,8
1995	9,57	4,2	0,9	4,2	9,4	3,02	36	- 2,6	31,6
1996	10,06	5,1	0,95	5,2	9,4	2,68	41,4	- 11,3	26,6
1997	10,38		0,9		8,7	2,28	25,5	- 14,9	22,0
1998	10,65	2,5	0,9	0	8,5	2,16	24,2	- 5,3	20,3
1999	10,97	3,1	0,95	5,4	8,7	2,13	24,2	- 1,4	19,4
2000	11,67	6,4	0,98	3,1	8,4	2,19	24,2	2,8	18,7
2001	12,56	7,6	1,0	2,2	8,0	2,35	24,2	7,3	18,7
2002	13,34	6,2	1,06	5,5	7,9	2,52	25,4	7,2	18,9
2003	14,08	5,5	1,09	2,8	7,7	2,86	28,1	13,5	20,3
2004						3,32	31,82	16,1	
2005						3,67	32,99	10,5	
2006						4,0	33,32	7,4	

Kuntien verotulot kasvavat arviolta vuonna 2005 yhteensä 4,6 prosenttia ja vuosina 2006-2009 keskimäärin noin 4 prosenttia vuosittain. Verotulojen on arvioitu kasvavan vuoteen 2009 mennessä 2 440 miljoonalla eurolla vuoteen 2005 verrattuna. Kuntien peruspalvelubudjettitarkastelun piiriin kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavut kasvavat vuosina 2006-2009 arviolta yhteensä noin 600 miljoonalla eurolla verrattuna vuoteen 2005. Valtionosuuksia kasvattaa eniten vuonna 2005 tehty ja vuosina 2005-2008 toteutettava valtion ja kuntien välinen kustannustenjaon tarkistus. Muita suuria lisäyksiä ovat kansallisen terveyshankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen toteuttamiseen osoitetut lisämäärärahat yhteensä 148 miljoonaa euroa. Vuonna 2006 valtionosuuksiin tehdään indeksikorotus, joka on 75 prosenttia täydestä määrästä. Lisäksi väestön ikärakenteen ja määrän muutos lisää kehyskaudella valtionosuuksia noin 108 miljoonalla eurolla.

Palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen osuus kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoituksesta oli alle 8 prosenttia vuonna 2003. Maksujen rahoitusosuus on laskenut 1,7 prosenttiyksikköä ajanjaksolla 1996 – 2003. Maksujen rahoitusosuus eri palveluissa vaihtelee 5 prosentista yli 18 prosenttiin. Maksuosuus on suurin vanhusten laitospalveluissa (18,4 %) ja pienin erikoissairaanhoidossa (5 %).

³ Vuotta 2006 koskevat valtionosuustiedot ovat arvioita.

Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä aiheutuvien kustannusten kasvu on ollut nopeampaa kuin palvelun käyttäjiltä perittävät asiakasmaksutulot. Asiaksmaksuissa ei ole automaattisesti otettu huomioon palvelujen tuottamiskustannuksissa tapahtuvaa kustannuskehitystä taikka palvelujen käyttäjien tulokehitystä. Maksujen tarkistukset on toteutettu erikseen lainsäädäntöä (asiaksmaksulaki ja -asetus) muuttamalla. Säädettyjä enimmäismaksuja ja tulosidonnaisten maksujen tulo rajoja on viimeksi tarkistettu vuoden 2002 alusta lukien.

Taulukko 4. Sosiaali- ja terveystalveluiden maksutulot (milj. € ja osuus käyttökustannuksista). Lähde: Tilastokeskus, Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto

	Erikoissairaanhoido	Perustervehoido (sis ham-mash.)	Lasten päivähoito	Vanh. laitos-palvelut	Koti-palvelu	Muut vanh. ja vammaisten palvelut	Muu sos. ja terv.toimi
1993	199 (6,7 %)	210 (11,1 %)	157 (9,3 %)	115 (19,2 %)	39 (11,9 %)	35 (10,4 %)	77 (6,5 %)
1994	202 (7,5 %)	226 (7,9 %)	162 (9,7 %)	113 (19,1 %)	44 (13,2, %)	42 (10,8 %)	74 (6,2 %)
1995	200 (7,2 %)	228 (11,6 %)	173 (10,1 %)	121 (19,0 %)	48 (13,0 %)	44 (10,2 %)	86 (7,0 %)
1996	204 (6,9 %)	239 (11,6 %)	199 (11,9 %)	123 (19,1 %)	51 (13,1 %)	50 (10,0 %)	80 (6,2 %)
1997	189 (6,1 %)	236 (11,5 %)	211 (12,0 %)	121 (19,7 %)	54 (13,7 %)	53 (9,6 %)	38 (2,9 %)
1998	178 (5,5 %)	234 (11,1, %)	219 (11,8 %)	122 (19,7 %)	57 (14,4 %)	57 (9,4 %)	35 (2,6 %)
1999	191 (5,8 %)	245 (11,3 %)	225 (11,9 %)	127 (19,8 %)	60 (13,6 %)	66 (9,8 %)	38 (2,7 %)
2000	208 (6,0 %)	251 (10,8 %)	229 (12,2 %)	124 (18,8 %)	64 (13,9 %)	70 (9,3 %)	35 (2,0 %)
2001	204 (5,4 %)	261 (10,6 %)	225 (12 %)	130 (18,7 %)	69 (13,7 %)	77 (8,8 %)	36 (1,9 %)
2002	218 (5,5 %)	275 (10,4 %)	232 (12,1 %)	136 (18,7 %)	77 (14,7 %)	82 (8,7 %)	38 (1,8 %)
2003	211 (5,0 %)	285 (10,2 %)	230 (11,9 %)	136 (18,4 %)	80 (14,7 %)	102 (9,5 %)	42 (1,9 %)

Yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen rahoituksessa on omat erityispiirteensä. Sosiaali- ja terveystalveluja tuottavien järjestöjen rahoituksessa suuri merkitys on Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla. Lisäksi yksityiset sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajat (yritykset ja järjestöt) rahoittavat toimintaansa kunnille myymiensä palveluiden tuotoilla sekä suoraan asiakkailta perittävillä maksuilla.

Palvelun käyttäjällä on mahdollisuus saada eräiden yksityisten sosiaali- ja terveystalouksien hankkimisesta aiheutuvista kustannuksista korvausta julkisista varoista eri etuusjärjestelmien kautta. Merkittävin näistä etuusjärjestelmistä on julkinen sairausvakuutusjärjestelmä, josta korvataan vakuutetulle osan heidän ostamiensa yksityisten terveystalouksien kustannuksista. Yksityisiä päivähoitopalveluja käyttävällä on oikeus Kelan maksamaan lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tukeen.

Julkinen sairausvakuutus korvaa vakuutetulle aiheutuneita tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia. Vakuutettu voi saada sairausvakuutuksesta korvausta lääkärin ja hammaslääkärin perimistä palkkioista, lääkärin suorittaman tutkimuksen ja hoidon kustannuksista, avohoidon lääkekustannuksista sekä matkakustannuksista. Matkakorvauksia lukuun ottamatta sairausvakuutuskorvausta maksetaan vain yksityisistä terveydenhuoltopalveluista. Sairausvakuutuksen kustannukset rahoitetaan työnantajilta ja vakuutetuilta perittävien maksuilla sekä verovaroin (taulukko 5).

Taulukko 5. Sairausvakuutuksen menojen rahoitus

Sairausvakuutuksen rahoitusosuudet vuosina 1993 - 2004 (%)					
	Valtio	Työnantajat	Vakuutetut	Muut	Yhteensä
1993	14	30	55	1	100
1994	7	29	63	1	100
1995	0	34	64	2	100
1996	0	35	64	1	100
1997	0	34	65	1	100
1998	9	35	55	1	100
1999	12	35	50	3	100
2000	17	37	43	3	100
2001	22	35	40	3	100
2002	30	31	37	2	100
2003	34	31	33	2	100
2004	40	29	29	2	100

Kotitaloudet osallistuvat sosiaali- ja terveystalouksien rahoittamiseen maksujen ja erilaisten omavastuuosuuksien kautta. Kunnallista sosiaali- ja terveystalouksista kotitaloudet maksavat kunnan päättämät asiakasmaksut säädettyjen enimmäismaksujen ja maksukattojen rajoissa. Niistä yksityisistä terveystalouksista, joihin suoritetaan sairausvakuutuslain mukaista korvausta, vakuutetun on suoritettava omavastuu, joka määräytyy sairausvakuutuslaissa säädetyn korvausprosentin ja vahvistetun korvaustaksan perusteella. Matka- ja lääkekustannusten osalta on säädetty vuotuinen enimmäismäärä maksuille.

Taulukko 6. Kelan sairaanhoitokorvauksien omavastuuosuudet 1993-2004

Vakuutettujen omavastuuosuudet Kelan korvaamista sairaanhoitokorvauksista vuosina 1993- 2004 (%)								
	Kaikki korvaukset yht.	Lääkkeet perus- korvatut (50 %)	erityis- korvatut (75 %)	erityis- korvatut (100 %)	Lääkärin- palvelut	Hammas- lääkäri- palvelut	Tutkimus ja hoito	Matkat
1993	44,2	70,6	20,0	0,0	64,4	43,4	62,2	18,0
1994	42,9	64,9	26,4	3,0	63,9	44,4	60,3	16,1
1995	42,6	61,8	29,9	4,3	62,0	46,9	58,5	15,2
1996	42,0	61,1	29,7	4,0	59,9	50,1	56,8	14,9
1997	41,7	60,3	29,6	3,8	60,9	51,0	57,2	14,5
1998	42,0	60,0	29,8	3,9	61,8	51,1	56,9	14,2
1999	42,1	59,4	29,9	3,8	62,7	53,1	58,3	14,0
2000	41,8	58,9	29,7	3,6	63,8	54,9	59,5	13,4
2001	42,0	58,5	29,3	3,2	65,2	59,3	63,1	13,9
2002	42,1	57,9	29,1	3,0	67,4	61,5	64,7	13,8
2003	42,5	58,5	29,8	3,2	68,7	62,8	66,2	13,3
2004	-	58,1	30,0	2,9	69,6	64,0	67,1	12,8

Julkisin varoin tuettujen etuusjärjestelmien lisäksi yksityisten palvelujen käyttäjiä on tullut tukemaan myös verotuksessa käyttöön otettu mahdollisuus kotitalousvähennykseen. Lisäksi palvelujen käyttäjät ovat voineet varautua yksityisistä terveystalvakuutuksista aiheutuviin kustannuksiin hankkimalla julkista sairausvakuutusta täydentämään yksityisen sairauskuluvakuutuksen. Yksityisten sairauskuluvakuutuksen määrä on viime vuosina kasvanut jonkin verran, mutta niiden merkitys ei kokonaisuuden kannalta ole vielä merkittävä. Vuonna 2004 aikuisten yksityisiä sairauskuluvakuutuksia oli lähes 200 000 henkilöllä, kun niiden määrä vuonna 2000 oli 160 000. Huomattavasti enemmän on otettu lapsille yksityisiä sairauskuluvakuutuksia. Niiden määrä on samana aikana kasvanut lähes 350 000 vakuutuksesta arviolta noin 385 000.

2.4 Kotitalousvähennys hoivapalveluissa

Vuodesta 2001 lukien kotona teetetyt työn kustannukset on voitu osittain vähentää verosta. Kotitalousvähennyksen perustavoitteena on kasvattaa kotitalouspalveluiden kysyntää ja tarjontaa ja sitä kautta parantaa työllisyyttä. Vähennykseen oikeuttavaa kotitaloustyötä on kodin hoito kuten esimerkiksi ruuan laitto, siivous, pyykinpesu, silitys kaupassa käynti. Vähennykseen oikeuttaa myös tavanomainen hoiva- ja hoitotyö kuten lasten, sairaiden, vammaisten ja vanhusten hoitaminen hoidettavan kotona. Sen sijaan vähennykseen oikeuttavaa hoito- ja hoivatyötä ei ole terveyden- tai sairaanhoitopalvelu.

Kotitalous saa vähentää 60 prosenttia arvonlisäverollisesta työkorvauksesta laissa säädetyn enimmäismäärän ja omavastuusuuden puitteissa. Vähennystä ei saa tehdä, jos korvaus maksetaan muulle kuin yksityiselle henkilölle tai yritykselle (ml. yleishyödyllinen yhteisö). Mikäli työtä varten on saatu esim. omaishoidon tukea, lasten kotihoidon tai yksityisen hoidon tukea taikka kunnan myöntämä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteli.

Verohallituksen tietojen perusteella kotitalousvähennys on myönnetty vuonna 2003 yli 123 000 taloudelle ja vähennysten kokonaismäärä oli yli 90 miljoonaa euroa. Tutkimuksen⁴ mukaan, jossa on arvioitu muun muassa kotitaloustyön verovähennyksen vaikutuksia, hoiva- ja lastenhoitopalveluita osti 5-10 prosenttia vähennystä hyödyntäneistä kotitalouksista. Kaikkiaan palveluita ostettiin 260 miljoonalla eurolla, josta hoiva- ja lastenhoitopalveluiden osuus oli 3,9 miljoonaa euroa (1,5 %). Hoivapalveluiden ostaminen on tutkimuksen mukaan ollut varsin vähäistä, koska hoivapalveluita on totuttu saamaan kunnallisina palveluina, joista ei kotitalousvähennystä voi tehdä. Tutkimuksen mukaan hoivapalveluissa kotitalousvähennyksen käyttöä jonkin verran tulevaisuudessa kasvattaa vähennysoikeuden laajeneminen (lapsien vanhemmilleen ja isovanhemmilleen ostamat palvelut) ja se, että kunnat karsivat siivous- ja ateriapalveluita. Myös lastenhoitopalveluissa kotitalousvähennyksen merkitys on jäänyt vähäiseksi, koska kunnilla on velvoite järjestää lapsille päivähoitopaikkoja sekä perheiden mahdollisuus kotihoidontukeen.

2.5 Vanhuspalveluiden asiakasmaksut vuonna 2015

Suomen väestörakenne ikääntyy kiihtyvällä vauhdilla. Väestön ikärakenteen muutos jatkuu edelleen siten, että lasten ja työikäisten määrä vähenee ja ikääntyvien määrä kasvaa nopeasti. Nykyisen ikärakenteen ohella muutosten taustalla on syntyvyyden aleneminen ja elinajan piteneminen. Voimakkain muutos ajoittuu vuoden 2010 tienoille, jolloin suuret ikäluokat saavuttavat eläkeiän.

Ikärakenteen muutoksen vaikutuksia on tutkittu laajasti. Eläke-, hoito- ja hoivamenojen muutos riippuu ikärakenteen muutoksista, millä on myös vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitukseen. Asiakkailta perittävät maksut muodostavat osan palvelujen rahoituksesta. Maksutoimikunta on teettänyt tutkimuksen (Asiakkaan tulot ja asiakasmaksut vanhuspalveluissa 2015⁵), jonka tavoitteena on ollut selvittää miten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien tulot ja niistä riippuvat asiakasmaksut tulevat kehittymään vuoteen 2015

⁴ Niilola – Valtakari – Kuosa: Kysyntälähtöinen työllistyminen ja kotitalousvähennys, Työvoimapolitiittinen tutkimus 266, Helsinki 2005.

⁵ Tutkimuksen ovat tehneet erikoistutkija Tarmo Rätty ja FM Kirsi Hartikainen.

mennessä. Tulojen muutosta tutkimuksessa on arvioitu tulonjakotilaston sekä aikaisempien tutkimusten perusteella. Palvelujen sisältöä ja asiakasmaksujen tuloriippuvuutta tutkimuksessa selvitettiin yhdeksän kunnan sosiaali- ja terveystoimen asiakasmaksupäätöksistä ja niihin liittyvistä tulospelvityksistä. Tutkimuskunnat valittiin Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen alueelta⁶. Tutkimuksessa olettamana on ollut, että asiakkailta perittävien maksujen perusteet säilyisivät muuttumattomina.

Maksutulojen valtakunnallista muutosta selvitettiin korjaamalla kerätyn maksupäätösaineiston väestösuuksia vastaamaan vuoden 2003 valtakunnallista väestöjakaumaa. Lisäksi tutkimuksessa simuloitiin maksutulon muutoksia ehdollisena valtakunnallisen väestöennusteen mukaiselle yli 64-vuotiaan väestön ikärakenteen muutokselle ja vanhusväestön kasvulle. Koska pelkkä ikärakenteen muutos pitää väestön määrän samana, muutoksista voitiin laskea myös keskimääräisen asiakasmaksun muutokset.

Tutkimuksen mukaan laitoshoidossa vanhuuseläkeikäisten ennakoitu ansiotason muutos näkyy noin 135 euron kasvuna hoitomaksussa kuukaudessa. Tämä vastaa noin neljänneksen kasvua keskimääräisessä maksujen tasossa vuoteen 2015 mennessä. Ikäluokkien koon kasvun vaikutus laitoshoidon maksutulokeritymään on arviolta 68 prosenttia, noin 115 miljoonaa euroa. Palveluasumisessa arvioitu muutos on suhteessa samaa kokoluokkaa, mutta arvio kattaa vain kuntien itse järjestämän palvelun. Kotipalveluissa vastaava tulojen kasvu nostaa maksujen tasoa lähes 50 prosenttia, noin 60 miljoonaa euroa arvioidusta 127 miljoonan euron maksusta vuonna 2003. Ikäluokkien koon kasvaminen lisää kotipalvelun maksukertymän lähes kaksinkertaiseksi 126 miljoonaan euroon.

Tulosten valtakunnallista vertailtavuutta arvioitaessa on otettava huomioon, että joukkoa Itä-Suomen kuntia ei voida sellaisenaan pitää riittävänä kuvauksena sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja niistä perittävistä maksuista. Eroja voi olla ainakin väestön varallisuudessa, sairastavuudessa ja ylipäänsä väestörakenteessa. Selvityksessä käytetty varallisuudenmuutosarvio on kuitenkin varovainen eikä siten valtakunnallisesta näkökulmasta ainakaan yliarvioi tulojen muutosta.

⁶ Tutkimuskunnat: Vaala, Iisalmi, Joroinen, Savonlinna, Mäntyharju, Kajaani, Tuusniemi, Ilomantsi ja Joensuu

3 NYKYTILA

3.1 Maksupolitiikan keskeiset piirteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista palvelun käyttäjältä perittävistä maksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa asetuksessa (912/1992, jäljempänä asiakasmaksuasetus). Nykyinen maksujärjestelmä otettiin käyttöön samanaikaisesti toteutetun valtionosuusuudistuksen kanssa vuoden 1993 alusta. Maksujärjestelmän uudistamisen eräänä tavoitteena oli kunnallisen itsehallinnon ja kuntien itsenäisen päätösvallan lisääminen kuntien vastuulla olevissa tehtävissä.

Asiakasmaksulainsäädännöllä on haluttu varmistaa, että maksujen suuruus ei olisi esteenä kunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin hakeutumiselle, siksi valtaosa menoista rahoitetaan verovaroin ja palvelujen käyttäjiltä perittävät maksut ovat yleensä melko pienet suhteessa kokonaiskustannuksiin. Lain mukaan maksujen käyttöön ottamisesta, niiden suuruudesta ja muuttamisesta päätetään kunnassa. Palvelun käyttäjältä voidaan periä kunnallisista sosiaali- ja terveystalviteista maksu, jos palvelua ei ole asiakasmaksulaissa säädetty maksuttomaksi. Palvelun maksuttomuus voi perustua myös kunnan päätökseen. Sosiaalihuollon palveluiden maksut ja terveydenhuollon tulositonaiset maksut on jätettävä perimättä tai alennettava siltä osin, kuin maksun periminen vaarantaa henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteutumista. Vastaavilla perusteilla kunta voi päättää myös muissakin kuin mainituissa tilanteissa jättää maksut perimättä tai alentaa niitä. Maksujen perimättä jättäminen tai alentaminen on mahdollista myös silloin, kun siihen on syytä huollolliset näkökohdat huomiioon ottaen.

Kunnalle on lainsäädännössä jätetty päätösvalta sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen suuruudesta säädettyjen enimmäismäärien puitteissa. Kuntien päätösvalta ei ole kuitenkaan rajoittamaton. Lainsäädännössä (asiakasmaksulaki tai -asetus) useimpien maksujen osalta on määritelty enimmäismaksu, jota kunta ei omalla päätöksellään saa ylittää. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelun käyttäjältä voidaan periä säädetty maksu enimmäismääräisenä, alennettuna tai jättää maksu perimättä. Mikäli asiakasmaksulaissa tai -asetuksessa maksulle ei ole säädetty enimmäismäärää, kunta voi määrätä maksun yleisperiaatteen mukaisesti eli asiakkaalta perittävä maksu voi olla enintään palvelujen tuotantokustannusten suuruinen (asiakasmaksulaki 2 §).

Maksujen enimmäismäärien sääntely lainsäädäntöteitse on perustunut muun muassa ajatukseen, että kansalaisten hyvinvoinnin kannalta tarpeellisista peruspalvelujen järjestämisestä palvelujen käyttäjiltä saamalla tuloilla ei tulisi

rahoittaa kunnan muita toimintoja. Tämän vuoksi palveluista perittävä maksu ei saa ylittää niiden tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia, mikä korostuu erityisesti tulosidonnaisissa maksuissa. Palvelujen tuottamisesta aiheutuvina kustannuksina otetaan huomioon toiminnan järjestämisestä aiheutuvat käyttökustannukset. Tuotantokustannusten laskentaperiaatteista ei sisälly säännöksiä asiakasmaksulainsäädäntöön. Hallituksen esityksen mukaan on kuitenkin lähdetty siitä, että kustannuksina otettaisiin huomioon toiminnan järjestämisestä aiheutuneet käyttökustannukset. Käytännössä kunnat tekevät arvion joko vahvistetun tilinpäätöksen tai vahvistetun talousarvion perusteella.

Palvelun käyttäjältä perittävät asiakasmaksut ovat joko tasamaksuja (= maksu sama kaikille palvelujen käyttäjille) tai tulosidonnaisia (= maksu määräytyy kunkin palvelun käyttäjän maksukyvyn mukaan). Asiakasmaksut määräytyvät eri perustein palvelun luonteesta riippuen. Tulosidonnaisia maksuja käytetään silloin, kun palvelujen käyttö kestää pitkään (esim. lasten päivahoito tai pitkäaikainen laitoshoido). Tasamaksuja peritään satunnaisesti ja lyhytaikaisesti käytettävistä palveluista (esim. useat terveydenhuollon maksut). Muista maksuista poiketen suun terveydenhuollon maksut ja päiväkirurgian maksut määräytyvät hoitotoimenpiteiden sisällön perusteella.

Asiakasmaksulainsäädännön mukaiset maksut voidaan periä kaikilta Suomessa vakituisesti asuvilta henkilöiltä heidän kansalaisuudesta riippumatta. Henkilöltä, joka asuu muualla kuin Suomessa, voidaan periä todelliset kustannukset annetusta hoidosta, mikäli Suomea sitovasta kansainvälisestä sopimuksesta ei muuta aiheudu. Tällaisia sopimuksia ovat pohjoismainen sosiaaliturvasopimus, EU/ETA-sopimus ja kahdenväliset sosiaaliturvasopimukset.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen keskeisiä muutoksia oli käyttökustannusten valtionosuuden määräytyminen laskennallisten kustannusten perusteella, valtionosuuden maksaminen suoraan kunnille yleiskatteellisena, kuntien liikkumavapauden lisääminen purkamalla toiminnan järjestämistä säänteleviä hallinnollisia säännöksiä sekä ns. bruttoperiaatteen käyttöönotto. Bruttoperiaatteen käyttöön ottaminen valtionosuusjärjestelmässä merkitsi sitä, että kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiltä perittävät maksut ja korvaukset ovat kunnan ja kuntayhtymän omia tuloja. Näin ollen valtionosuustoimintaan kohdistuvat maksutulot eivät enää vaikuta valtionosuuden määrään. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kunnallista palveluista perittävät maksut ovat kokonaan kuntasektorin tuloa eikä niillä ole vaikutusta valtion talouteen. Ennen valtionosuusuudistusta kuntien saamat maksutulot vähensivät valtionosuuden määrää (nettoperiaate), jolloin asiakasmaksutulot jakautuivat suunnilleen yhtä suurin osuuksin valtion ja kuntasektorin hyväksi.

3.2 Nykyiset maksusäännökset

3.2.1 Yleistä

Kuntien velvollisuutena on järjestää asukkailleen eri laeissa tarkemmin säädetty sosiaali- ja terveystalvet. Näistä kuntien vastuulle kuuluvista palveluista voidaan niitä käyttävilä kuntalaisilta ja muilta asiakkailta periä maksuja siten kuin asiakasmaksulaissa ja -asetuksessa säädetään. Asiakasmaksulaissa säädetään maksujen yleisten perusteiden ohella muun muassa maksuttomista sosiaali- ja terveystalvet, lasten päivähoiton maksuista sekä terveydenhuollon maksukatosta. Asiakasmaksusäännökset koskevat vain asiakkailta perittäviä maksuja. Yksityiskohtaisemmat asiakasmaksuja koskevat säännökset sisältyvät asiakasmaksuasetukseen.

Sosiaali- ja terveystalvet palvelun käyttäjältä voidaan periä maksu vain, jos palvelua ei ole säädetty lailla maksuttomaksi. Palvelusta asiakkaalta perittävä maksu voi olla tasasuuruinen tai se voi määräytyä palvelun käyttäjän maksukyvyyn mukaan. Asiakkaalta voidaan periä maksu myös siinä tilanteessa, jos asiakas ilman hyväksyttävää syytä jättää käyttämättä ennakolta varaamansa vastaanottoajan palvelujen saamiseksi.

3.2.2 Maksuttomat sosiaali- ja terveystalvet

Asiakasmaksulaissa osa kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on säädetty maksuttomiksi. Asiakasmaksulain 4 §:ssä on lueteltu maksuttomat sosiaalipalvelut ja 5 §:ssä maksuttomat terveystalvet.

SOSIAALIPALVELUT

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut

Kasvatus- ja perheneuvonta: Asiantuntija-apua kasvatus- ja perheasioissa sekä lapsen myönteistä kehitystä edistävää sosiaalista, psykologista ja lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa.

Lastensuojelulain mukaiset toimenpiteet: Lastensuojelun kokonaisuus rakentuu rakenteellisista, ennalta ehkäisevistä ja yksilöön kohdistuvista avohuollollisista tukitoimenpiteistä sekä huostaanottoon perustuvista sijaishuollollisista toimenpiteistä, joita ääritilanteissa voidaan toteuttaa asiakkaan tahdosta riippumatta. Lastensuojelulaissa tarkoitettu lasten ja nuorten huolto on maksutonta lukuun ottamatta laitoshuoltoa.

Isyyden selvittäminen ja vahvistaminen: Isyyslain mukaan isyyden selvittämisestä vastaa sen kunnan lastenvalvoja, jossa äidillä on kotipaikka. Isyyden selvittämisen toimeenpano.

Avioliittolain mukainen perheasioiden sovittelu: Kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen huolehdittava sovittelun järjestämisestä kunnan alueella. Tarkoituksena perheessä esiintyvien ristiriitojen ja oikeudellisten asioiden selvittäminen asianosaisten välisin neuvotteluin ja sopimuksin. Perheasioiden sovittelijat avustavat pyynnöstä perheitä.

Ottolapsineuvonta: Ottolapsineuvonta on kunnan vastuulle kuuluva sosiaalipalvelu, jonka tarkoituksena on valvoa lapsen etua sekä auttaa lasta, lapsen syntymävanhempia ja lapseksiottajia enenevin tuomioistuin vahvistaa adoption sekä tarvittaessa sen jälkeenkin. Neuvontaa on annettava sekä sellaisen lapsen vanhemmalle, joka haluaa antaa lapsen ottolapseksi, että henkilölle, joka aikoo ottaa ottolapsen.

Lapsen elatukseen liittyvät kunnan palvelut: Elatusavun vahvistamiseen liittyvät tehtävät.

Lapsen huollon ja tapaamisoikeuden määrittämiseen liittyvät kunnan palvelut: Pääasiasiassa sosiaalihuollon viranomaisten tehtävistä liittyy vanhempien keskinäisiin sopimuksiin, jotka koskevat lapsen huoltoa, asumista ja tapaamisoikeutta. Harvinaisempia, mutta huomattavasti vaativampia ovat sellaiset selvitykset, joita tuomioistuin pyytää sosiaalihuollon viranomaisista antamaan asiassa, sekä sovittelun järjestäminen.

Vammaisten henkilöiden palvelut

Vammaispalvelulaissa säännellyt palvelut eräin poikkeuksin.

Kuntoutusohjaus: Kuntoutusohjaukseen kuuluu vammaisen henkilön ja hänen lähiyhteisönsä ohjaaminen sekä vammaisen henkilön toimintamahdollisuuksien lisäämiseen liittyvistä erityistarpeista tiedottaminen. (VPA 14 §; on nykyisin lähes kokonaan lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvaa).

Sopeutumisvalmennus: Sopeutumisvalmennukseen kuuluu neuvonta, ohjaus ja valmennus vammaisen henkilön ja hänen lähiyhteisönsä sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi esimerkiksi kurojen lasten vanhemmille annettava viittomakielen opetus. (VPA 15 §).

Palveluasumiseen liittyvät erityispalvelut: Palveluasumiseen liittyvät erityispalvelut, mikäli henkilö ei saa niihin korvausta muun lain kuin vammaispalvelulain nojalla.

Kehitysvammaisten erityishuolto eräin poikkeuksin.

Tulkkipalvelut: Tulkkipalveluihin kuuluu työssä käymisen, opiskelun, asioimisen, yhteiskunnallisen osallistumisen, virkistyksen tai muun sellaisen syyn vuoksi suoritettava viittomakielellä tai muilla kommunikaatiota selventävillä menetelmillä tapahtuva tulkkaus. Henkilöllä on oikeus saada vähintään 120 / 240 tulkintatuntia (oikeus määritelty tarkemmin lainsäädännössä) kalenterivuodessa (poikkeuksia opiskelun osalta).

Päihdehuolto

Sosiaalihuollon avohoito sosiaalihuollon toimintayksikössä.

Muut

Sosiaalityö: Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittama ohjaus, neuvonta ja sosiaalisten ongelmien selvittäminen sekä muut tukitoimet, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta.

Henkilölle hänen sosiaalihuoltoaan koskevissa asioissa annetut asiakirjat.

TERVEYSPALVELUT

Kunnallinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito

Terveysneuvonta: Terveysneuvonta liittyy käytännössä kaikkeen potilastyöhön jossakin muodossa. Terveysneuvontaa kuuluu kansanterveydellinen valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastukset (esim. rokotusneuvonta, veranpaine seuranta, sairaanhoitajan ja ravitsemusterapeutin toimesta järjestetään oikeanlaatuiseen ravitsemukseen opastavia ryhmiä syden- ja verisuonitauteja sairastaville).

Äitiys- ja lastenneuvolat: Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta on osa kansanterveystyötä ja terveysneuvontaa. Äitiysneuvoloiden työmuotoina ovat terveystarkastukset seulontoihin, henkilökohtainen ohjaus ja perhevalmennus. Lastenneuvoloiden tehtävänä on

seurata ja tukea lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä sekä ohjata lapsi tarvittaessa tutkimuksiin ja hoitoon muualle.

Hoitotarvikkeet ja –välineet: Potilaiden hoidon ja sairauden seurannassa tarvittavien hoitotarvikkeiden ja –välineiden jakaminen terveyskeskuksesta potilaalle tulee aina perustua yksilölliseen tarpeeseen, jonka määrittelee hoitava lääkäri. Jakelu aloitetaan, mikäli hoitotarvikkeiden ja –välineiden tarpeen arvioidaan olevan pitkäaikainen (yleensä yli 3 kk). Tarvikkeet ja välineet luovutetaan maksutta, eikä niistä tule periä mitään omavastuuosuuksia, toimituskuluja eikä muitakaan maksuja.

Kunnan järjestämä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto: Kunnassa sijaitsevien perusopetusta ja lukiokoulutusta antavien koulujen ja asetusten mukaisten oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta sekä niiden oppilaiden ja opiskelijoiden terveydenhoito sekä kansanterveysasetuksessa säädetyt kouluterveydenhuoltoon kuuluvat terveydentilan toteamista varten tarpeelliset erikoistutkimukset (erikoislääkärin tekemä näön ja kuulon tutkimus sekä määräämät laboratorio ja kuvantamistutkimukset, psykiatrin tekemä tutkimus mielenterveyden selvittämiseksi taikka psykologin tekemä tutkimus).

Seulontatutkimukset ja muut joukkotarkastukset: Asetuksella säädetyt mammografiatutkimus 50 – 59-vuotiaille naisille ja kohdun kaulaosan syöpää ehkäisevä seulonta 30 – 60 -vuotiaille naisille.

Tartuntataudit: Tartuntatautilaissa tarkoitetut rokotukset sekä yleisvaarallisen tartuntataudin tutkimus, hoito ja hoitoon määrätty lääkkeet sekä sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn eristäminen, HIV-infektion, tippurin ja sukupuoliteitse tarttuvan klamydiainfektion tutkimus- ja hoito sekä ilmoitettavaan tartuntatautiin sairastuneen hoitoon määrätty lääkkeet.

Alle 18-vuotiaalle henkilölle annettava hoito ja ylläpito siltä osin kuin hoitopäiviä kalenterivuodessa on kertynyt yli seitsemän tai sarjassa annettava lääkinnällinen kuntoutus, hyposensibilisaatio-, puhe- ja äänihäiriö-, säde- ja sytostaattihoito sekä muu vastaava hoito samoin kuin jatkuva dialyysihoito lukuun ottamatta erikoismaksuluokan lisämaksuja sekä terveyskeskuksessa sarjassa annetusta hoidosta hyposensibilisaatio-, puhe- ja äänihäiriö-, säde- ja sytostaattihoidosta tai muusta vastaavasta hoidosta.

Erikoissairaanhoidolain mukaiseen lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluva neuvonta.

Kuntoutustarvetta ja –mahdollisuuksia selvittävä tutkimus sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus.

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon mukaiset apuvälinepalvelut sekä niiden sovitus, luovutus, käytön opetus ja seuranta, tarpeellinen uusiminen ja välineiden huolto; myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet, jollei niiden tarve aiheudu täyskustannusmaksun piiriin kuuluvasta tapaturmasta.

Mielenterveyspalvelut

Psykiatrisen avohoidon toimintayksikössä annettu hoito lukuun ottamatta siihen liittyvää osittaista ylläpitoa.

Muut terveyspalvelut

Hengityshalvauspotilaalle järjestettävä hoito ja ylläpito sekä hoitoon liittyvät kuljetukset.

Lääkärin määräämä sairaankuljetusajoneuvolla tapahtuva sisäänkirjoitetun potilaan kuljetus terveyskeskukseen tai sairaalaan sairaansijalta toiseen hoitolaitokseen.

Maksua ei saa periä mielenterveyslain 9 §:n perusteella järjestetyn tarkkailun ajalta, jos tarkkailtavaksi otettua ei tarkkailun perusteella määrätä mielenterveyslain 8 §:ssä tarkoitettuun tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Asiakasmaksulaissa säädettyjen maksuttomien palvelujen lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen maksuttomuus voi perustua myös kunnan päätökseen. Sosiaalihuollon palveluiden maksut ja terveydenhuollon tulositonmaksut on jätettävä perimättä tai alennettava siltä osin, kuin maksun periminen vaarantaa henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteutumista. Maksujen perimättä jättäminen tai alentaminen on mahdollista myös silloin, kun siihen on syytä huollolliset näkökohdat huomioon ottaen. Kunta voi myös muissakin kuin mainituissa tilanteissa päättää, ettei maksua peritä tai että ne peritään pienempänä, kuin mihin enimmäismäärät antavat mahdollisuuden.

3.2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon tasamaksut ja niitä vastaavat maksut

Palvelun käyttäjältä perittävä tasamaksu tai niitä vastaava kaikille palvelun käyttäjille saman suuruinen maksu on käytössä lähinnä satunnaisesti ja lyhytaikaisesti käytettävissä seuraavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa:

Lyhytaikaisesta laitoshoidosta voidaan periä hoidosta ja ylläpidosta psykiatrian toimintayksikössä enintään 12 euroa hoitopäivältä ja muusta lyhytaikaisesta laitoshoidosta enintään 26 euroa hoitopäivältä. Hoitopäivämaksun saa periä vain kerran samalta kalenterivuorokaudelta. Jos hoidollista syistä on kuitenkin tarkoituksenmukaista, että henkilö on sosiaalihuollon laitoksessa tai muussa toimintayksikössä hoidettavana vain joko päivällä tai yöllä, päivä- tai yöhoidosta voidaan periä kuitenkin enintään 12 euroa vuorokaudessa, ellei palvelua ole säädetty maksuttomaksi (kehitysvammaisten erityishuolto, poliklininen päihdehuolto, suojatyö).

Vaikeavammaisen kuljetuspalvelumaksu: Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain tarkoittamista vaikeavammaisten kuljetuspalveluista voidaan periä enintään paikkakunnalla käytettävissä olevan julkisen liikenteen maksua vastaava maksu tai muu siihen verrattavissa oleva korvaus.

Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaiset maksut: Niistä palveluista, joita kunta järjestää hoidettavalle omaishoitajan lakisääteiden vapaan ajaksi ja jotka korvaavat omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa, voidaan periä hoidettavalta enintään 9 euroa vuorokaudelta.

Lastensuojelun maksut: Lastensuojelulain nojalla avohuollon tukitoimena, sijaishuoltona tai jälkihuoltona lapselle annetusta perhehoidosta tai laitoshuollosta taikka asumispalveluista aiheutuvien kustannusten korvaamiseksi voidaan periä lapsen vanhemmilta maksu. Maksun perimisen edellytyksenä kuitenkin on, että se on asianomaisten toimeentulon edellytykset ja huollolliset näkökohdat huomioon ottaen perusteltua. Maksu voi olla määrältään enintään lapsen elatuksesta annetun lain perusteella määräytyvän elatusavun suuruinen. Lapsen vanhemmilta perittävä maksu jaetaan heidän kesken maksukyvyn mukaan. Lisäksi kunta voi maksua vahvistamatta periä ja nostaa lapselle tulevat elatusavut siltä ajalta, jolloin lapsi saa edellä tarkoitettua perhehoitoa, laitoshuoltoa tai asumispalveluja. Eräissä tilanteissa kunta voi myös lapsen tai

nuoren saamista tuloista, korvauksista ja saamisista enintään 1.070 euron suuruisen maksun (Asiakasmaksulaki 7 § 3).

Sairaalan poliklinikkamaksut: Erikoissairaanhoidon tarkoitettaman sairaalan tai muun toimintayksikön ja terveyskeskuksen erikoislääkärijohtoisen sairaalan poliklinikalla hoidettavalta tai tutkittavalta voidaan periä enintään 22 € käynniltä sekä sama määrä arkisin 20.00 – 08.00 väliseltä ajalta, lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä terveyskeskuksen ja sairaalan yhteisesti sairaalassa järjestetyn päivystyksen yhteydessä.

Päiväkirurgian maksut: Päiväkirurgisesta toimenpiteestä sairaalan poliklinikkamaksun sijasta 72 €, jos toimenpide tehdään leikkauksissa ja edellyttää yleisanestesiaa, laajaa puudutusta tai suonensisäisesti annettua lääkitystä. Jos henkilö jää komplikaation tai muun vastaavan syyn vuoksi hoitopaikkaan seuraavaan vuorokauden, asiakkaalta voidaan periä lisäksi hoitopäivämaksu.

Terveyskeskuksen avohoidon maksut: Vuosimaksu/käyntimaksu on tarkemmin kuvattu maksukattojen yhdistämisestä koskevassa osiossa (s. 57). Lisäksi terveyskeskuksen päivystyksessä voidaan periä arkisin 20.00 – 08.00 väliseltä ajalta, lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä korotettu maksu.

Suun ja hampaiden tutkimuksen ja hoidon maksut: Kunta voi periä perusmaksun (7/11 € käynti) lisäksi tutkimuksesta tai hoidosta toimenpideluokituksen mukaisen maksun (5 – 130 €/toimenpide). Näiden lisäksi oikomislaitteista ja hammasteknisistä kustannuksista sekä erikoismateriaaleista voidaan periä maksu todellisten kustannusten suuruisena. Maksu ei koske alle 18-vuotiaita. Oikomislaitteen häviämisestä tai tahallisesta vahingoittamisesta voidaan periä eräissä tilanteissa myös todellisten kustannusten mukainen maksu. Rintaveteraanien osalta on erityissäännöksiä.

Suun ja leukojen erikoissairaanhoidon maksut: Terveyskeskuksessa annettusta suun ja leukojen erikoissairaanhoidosta voidaan periä suun ja hampaiden tutkimuksen ja hoidon maksun sijasta enintään sairaalan poliklinikkamaksu tai päiväkirurgian, mikäli tutkimuksen tai hoidon perusteena on asiakasmaksuasetuksen 9 a §:ssä mainittu tilanne (esim. hampaiston, leukojen tai kasvojen kehityshäiriö tai pään ja leukojen alueen kiputila).

Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset: Yksityislääkärin lähetteellä tehtävästä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksesta, joihin ei liity muita hoitotoimenpiteitä tai tutkimuksia, voidaan periä palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset.

Sairaankuljetus: Terveyskeskuksen sairaankuljetusajoneuvolla suoritetusta sairaankuljetuksesta voidaan periä enintään liikenne- ja viestintäministeriön vahvistaman taksan mukainen maksu. Maksu voidaan periä myös siinä tapauksessa, että annetun ensihoidon ansiosta kuljetus hoitopaikkaan ei ole ollut tarpeen.

Kuntoutushoidon maksut: Vammaiselle henkilölle laitoshoidona annetusta lääkinnällisestä kuntoutushoidosta tai kehitysvammaisten erityishuoltona annetusta kuntoutushoidosta voidaan periä enintään 9 euroa hoitopäivältä.

Sarjassa annettava hoito: Sarjassa annettavasta hoidosta (esim. jatkuva dialyysihoito, lääkinnällinen kuntoutus, säde- ja sytostaattihoido) voidaan periä enintään 6 euroa hoitokerralta. Maksu saadaan periä kuitenkin enintään 45 hoitokerralta kalenterivuodessa.

Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavaa sairaanhoitoa koskevan maksu: Hoitopalvelun järjestämisestä vastaavalla kunnalla on oikeus korvausvelvolliselta vakuutusyhtiöltä maksu, joka vastaa enintään hoitopalveluiden järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten määrää vähennettynä palvelun käyttäjältä perityllä asiakasmaksulla.

Lääkärintodistuksesta perittävä maksu: Lääkärin tai hammaslääkärin todistuksesta voidaan periä lausunnon laajuudesta riippuen enintään 27 euroa. Maksua ei saa periä kansanterveystyössä hoitoon liittyvästä todistuksesta tai lausunnosta eikä koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon yhteydessä kerättyihin tietoihin perustuvasta terveystodistuksesta.

Työterveyshuollon maksut: Työntekijälle työterveyshuolto on maksutonta. Työnantajan ja yrittäjän on maksettava terveyskeskukselle työterveyshuollon palveluista maksun ja korvauksen, joiden suuruuden terveyskeskusta ylläpitävä kunta tai kuntayhtymä päättää. Maksujen perusteina käytetään hyvän työterveyshuoltokäytännön toteuttamisesta aiheutuvia tarpeellisia ja kohtuullisia kustannuksia (palkat ja palkan sivukulut, työterveyshuollon toteuttamisesta aiheutuvat käyttökustannukset sekä työterveyshuollon järjestämiseksi välttämättömän laitteiston ja kaluston hankkimisesta aiheutuvat kustannukset).

Käyttämättä tai peruuttamatta jätetystä palvelusta perittävä maksu: Käyttämättä tai peruuttamatta jätetystä, asiakkaan varaamasta terveyskeskuksen lääkärin ja suun ja hampaiden tutkimuksen ja hoidon sekä erikoissairaanhoidon avohoidon ja kalliin kuvantamistutkimuksen vastaanottoajasta voidaan periä 15 vuotta täyttä-

neeltä enintään 27 euroa, ellei peruuttamatta jättämiselle ole hyväksyttäviä perusteita. Mikäli lapsen päivähoitopaikkaa ei ole peruutettu ennen hoitosuhteen alkamista, lapsen vanhemmilta voidaan periä puolet päivähoitomaksun määrästä.

Muualta kuin Suomessa asuvalta voidaan periä enintään palvelujen tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen maksu, ellei Suomea sitovasta kansainvälisestä sopimuksesta muuta johdu.

3.2.4 Maksukyvyn mukaan määräytyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen maksut

Maksukyvyn huomioimisen perusteista eri asiakasmaksuissa säädetään asiakasmaksulain 10 §:ssä. Maksukykyä arvioitaessa voidaan ottaa huomioon perheen eläminen yhteistaloudessa (avio- ja avoliitto), alaikäisten lasten kotona asuminen, henkilön tosiasiallisesta perhesyystä johtuvat muut seikat ja lapsen elatusvelvollisuus. Maksukyvyn arvioinnissa otetaan huomioon joko brutto- tai nettotulot. Nettotuloja käytetään pitkäaikaisen laitoshoidon maksun perusteena, kun muissa tulosisidonnaisissa asiakasmaksuissa perusteena käytetään bruttotuloja.

Merkittävä osa asiakasmaksutuotoista eli noin 70 %:a kertyy tulosisidonnaisista maksuista. Tulosisidonnaisia maksuja käytetään pitkäaikaisesti ja säännöllisesti käytettävien palvelujen maksuissa. Sosiaalipalveluista perittävät maksut ovat pääosin tulosisidonnaisia. Tyypillisiä tulosisidonnaisia maksuja ovat lasten päivähoiton ja pitkäaikaisen laitoshoidon maksut. Pitkäaikaisesta kotisairaanhoidosta ja kotipalveluista perittävät maksut määräytyvät myös maksukyvyn mukaan.

Maksukyvyn mukaan määräytyvät maksut ovat voimassa toistaiseksi. Maksuja tulee tarkistaa, jos palvelun käyttäjän tai perheen maksukyky muuttuu olennaisesti tai maksun määräytymiseen vaikuttavissa perheen olosuhteissa on ilmeisesti tapahtunut muutoksia. Mikäli maksu osoittautuu virheelliseksi, se on korjattava. Maksu tulee tarkistaa myös siinä tapauksessa, että palvelu- tai hoitosuunnitelmaa muutetaan. Maksua voidaan oikaista takautuvasti enintään vuoden ajalta, jos virheellinen päätös on ilmeisesti perustunut asiakkaan tai hänen edustajansa antamiin virheellisiin tietoihin.

3.2.4.1 Kotona annettava palvelu

Jatkuvasti ja säännöllisesti annetusta kotisairaanhoidosta ja sosiaalihuoltoasetuksen 9 § 1 mom. 1 kohdassa tarkoitettusta kotipalvelusta voidaan periä palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän maksukyvyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kohtuullinen kuukausimaksu. Kuukausimaksu saa olla enin-

tään säädetyn maksuprosentin osoittaman määrä tulorajan ylittävistä kuukausituloista.

Maksuprosentit ja tulorajat ovat:

Henkilömäärä	Tuloraja	Maksuprosentti
1	445	35
2	820	22
3	1 285	18
4	1 590	15
5	1 925	13
6	2 210	11

Mikäli henkilömäärä on suurempi kuin 6, tulorajaa korotetaan 270 eurolla ja maksuprosenttia alennetaan 1 prosenttiyksiköllä kustakin seuraavasta henkilöstä.

Kotipalvelu on asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotona annettavista palveluista laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon tulee sisällyttää sekä kotipalvelu että kotisairaanhoido. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevia säännöksiä sisältyy muun muassa sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevaan lakiin ja potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin. Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja, johon kirjataan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito sekä niiden sisältö ja arvioitu kesto. Samalla sovitaan suunnitelman arvioinnin ajankohta. Suunnitelmassa on kirjattuna kokonaiskuva asiakkaan tarpeisiin perustuvasta suunnittelusta, opastuksesta, tuesta, avusta ja yhteistyöverkostosta sekä tutkimuksista ja palvelusta.

Kotona annettavista säännöllisistä palveluista perittävä kuukausimaksu määräytyy suunnitelmaan kirjatun palvelumäärän ja palveluista muodostuneen kokonaisuuden perusteella. Kotihoidon palveluista annetaan asiakkaalle päätös, josta käy ilmi, mitä palveluja hänelle on myönnetty, kuinka paljon, mistä alkaen ja mihin saakka. Asiakkaalla on mahdollisuus hakea muutosta päätökseen. Jatkovaa ja säännöllistä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa saavan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa sekä palvelu- ja maksupäätöstä tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa.

Tilapäisestä kotipalvelusta voidaan kuitenkin periä kunnan päättämä kohtuullinen maksu. Tilapäisestä kotisairaanhoidosta voidaan periä enintään 11 euroa lääkärin/hammaslääkärin suorittamasta kotikäynnistä ja enintään 7 euroa muun henkilön suorittamasta kotikäynnistä edellyttäen, että henkilö ei saa samanaikaisesti jatkuvaa kotisairaanhoidoa.

Maksun perusteena olevat tulot:

- palvelun käyttäjän ja hänen kanssaan yhteistaloudessa (avioliitto/avoliitto) elävän henkilön tulot
- veronalaisen ansio- ja pääomatulot sekä verosta vapaat tulot (bruttope-
riaate)

Huomioon otettavat tulot:

- ansio- ja pääomatulot
- verovapaat tulot
- metsätulona varallisuusverotusta varten määritelty metsä puhdas tuotto, josta vähennetään metsätalouden korot ja 10 %:a puhtaan tuoton arvosta. Palvelun käyttäjän vaatimuksesta metsätuloa on vähennettävä, mikäli tilakohtaisen vuotuisen hakkuumahdollisuuden nettoraha-arvo on vähintään 10 %:a alempi kuin maksun perusteena käytettävä metsätulo

Tulot, joita ei oteta huomioon:

- lapsilisä
- lapsen hoitotuki
- KEL:n mukainen lapsikorotus
- asumistuki
- vammaistuki
- tapaturmavakuutuksen perusteella maksettava sairaanhoito- ja tutkimuskulut
- sotilasavustus
- rintamalisä
- opintoraha, (aikuisopintoraha), opintotuen asumislisä
- toimeentulotukena maksettavaa toimintarahaa ja matkakorvausta
- kuntoutusrahain mukaista ylläpitokorvausta
- työvoimapoliittisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain mukaista ylläpitokorvausta
- opintojen perusteella maksettavia apurahoja tai muita vastaavia avustuksia
- perheenhoidon kustannusten korvauksia
- lasten kotihoidon tukea

Tulojen määrittäminen:

- mikäli kuukausitulot vaihtelevat, viimeksi kuluneen vuoden keski-kuukausitulo

Tuloista tehtävät vähennykset:

- suoritettavat elatusavut
- tosiasiallisista perhesuhteista johtuvat muut vastaavat kustannukset
- rahana maksettavat syytinkietuudet

3.2.4.2 Pitkäaikainen laitoshoido

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta peritään maksukyvyn mukaan määräytyvä maksu, joka voi olla enintään 80 %:a hoidossa olevan kuukausituloista. Maksua määrittäessä on kuitenkin otettava huomioon, että hoitoa saavan henkilön henkilökohtaiseen käyttöön jää kuukausittain vähintään 80 euroa (vähimmäiskäyttövara).

Ennen maksu määräämistä on selvítettävä, onko palvelun käyttäjä välittömästi ennen laitoshoidon alkamista elänyt yhteistaloudessa avio- tai avoliitossa. Jos pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva on elänyt mainituin tavoin avio- tai avoliitossa ja hänen kuukausitulonsa ovat suuremmat kuin puolisonsa tulot, maksu määräytyy puolisoien yhteenlaskettujen tulojen perusteella. Maksu on tällöin 40 %:a yhteenlasketuista nettotuloista. Laitoshoidossa olevalle tulee kuitenkin jäädä henkilökohtaiseen käyttöön vähintään 80 euroa kuukaudessa.

Pitkäaikaisen laitoshoidon maksun määräämisen ajankohta määräytyy henkilön arvioidun laitoshoidon jatkuvuuden perusteella. Pitkäaikaisen laitoshoidon maksua voidaan periä ympärivuorokautisen laitoshoidon alkamisesta lukien henkilöltä, jonka laitoshoidon voidaan arvioida kestävän pitempään kuin kolme kuukautta. Muussa tapauksessa pitkäaikaisen laitoshoidon maksu peritään, kun henkilö on ollut laitoksessa kolme kuukautta ja hoito jatkuu ympärivuorokautisesti laitoksessa.

Jos kolme kuukautta pysyvässä laitoshoidossa täyttyy kesken kuukautta, niin silloin tulositonnainen maksu alkaa kesken kuukautta; yleensä päätökset tehdään kunnissa/kuntayhtymissä seuraavan kalenterikuukauden alusta. Päätöstä pitkäaikaisen laitoshoidon maksun määräämisestä ei voida tehdä takautuvasti. Jos palvelun käyttäjä ei toimita kohtuullisessa ajassa tietoja maksun määräämiseksi, päätös hoitomaksusta voidaan tehdä arvion perusteella. Päätös voidaan maksun osalta oikaista, kun palvelun käyttäjä toimittaa tarvittavat ja pyydettyt selvitykset.

Maksun perusteena olevat tulot:

- palvelun käyttäjän tulot tai
- palvelun käyttäjän ja hänen avio- tai avopuolison yhteenlasketut tulot (puolison tuloina otetaan huomioon myös hoitotuki)
- tulot otetaan huomioon ennakonpidätyksen ja ennakkokannon jälkeen (nettoperiaate)

Huomioon otettavat tulot:

- palkkatulot
- eläkkeet ja niihin rinnastettavat jatkuvat etuudet, elinkorot ja rahana maksettava syytinki
- muut jatkuvat henkilökohtaiset tulot
- jatkuvat pääomasta ja muusta omaisuudesta saatavat nettotulot kuten korko-, osinko- ja vuokratulot
- viimeksi toimitetussa verotuksessa todetut vahvistetut maatalouden ja elinkeinotoiminnan pääoma- ja ansiotulo-osuudet sekä osuus yhtymän tulosta
- metsätulona varallisuusverotusta varten määritelty metsä puhdas tuotto, josta vähennetään metsätalouden korot ja 10 %:a puhtaan tuoton arvosta. Palvelunkäyttäjän vaatimuksesta metsätuloa on alennettava, mikäli tilakohtaisen vuotuisen hakkuumahdollisuuden nettoraha-arvo on vähintään 10 %:a alempi kuin maksun perusteena käytettävä metsätulo

Tulot, joita ei oteta huomioon:

- lapsilisä
- lapsen hoitotuki
- eläkkeensaajien hoitotuki
- KEL:n mukainen lapsikorotus
- asumistuki
- vammaistuki
- tapaturmavakuutuksen perusteella maksettava sairaanhoito- ja tutkimuskulut
- sotilasavustus
- rintamalisä
- opintoraha, aikuisopintoraha, opintotuen asumislisä
- toimeentulotukena maksettavaa toimintarahaa ja matkakorvausta
- kuntoutusrahain mukaista ylläpitokorvausta
- työvoimapolitiittisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain mukaista ylläpitokorvausta

- opintojen perusteella maksettavia apurahoja tai muita vastaavia avustuksia
- perhehoidon kustannusten korvaus
- lasten kotihoidon tukea
- elatusapua tai elatustukea, jota maksetaan laitoshoidossa olevan tai hänen avio- tai avopuolison (tässä laissa tarkoitettu) alaikäiselle lapselle
- eläkkeisiin ja niihin verrattaviin tuloihin sisältyviä huollettavista aiheutuvia korvauksia

Tulojen määrittäminen:

- mikäli kuukausitulot vaihtelevat, viimeksi kuluneen vuoden keskimääräinen kuukausitulo

Tuloista tehtävät vähennykset:

- suoritettavaksi vahvistetut elatusavut
- tosiasiallisista perhesuhteista johtuvat muut vastaavat kustannukset
- maksettavat syytinkietuudet
- vähennystä ei kuitenkaan tehdä siinä tapauksessa, jos elatusavun saajana on aviopuoliso, jonka kanssa elatusavun suorittaja on asunut yhteistaloudessa välittömästi ennen laitoshoidon alkamista.

3.2.4.3 Lasten päivähoito

Lasten päiväkotij- ja perhepäivähoidosta voidaan määrätä maksukyvyyn mukaan määräytyvä kuukausimaksu. Maksu voidaan periä enintään 11 kalenterikuukaudelta toimintavuoden aikana. Maksu voidaan kuitenkin periä 12 kuukaudelta, jos lapsi on päivähoidossa toimintavuoden kaikkina kuukausina ja lapsi on poissa päivähoidosta toimintavuoden aikana muun syyn kuin sairauden vuoksi enintään 75 prosenttia kuukausimaksun perusteena olevien kuukausittaisten hoitopäivien määrästä. Poissaolopäiviä laskettaessa otetaan huomioon etukäteen ilmoitetut poissaolot. Päivähoitomaksun periminen 12 kuukaudelta edellyttää käytännössä poissaolojen lapsikohtaista seuranta koko toimintavuoden ajalta.

Kokopäivähoidon kuukausimaksu saa olla enintään perheen koon mukaan määräytyvän maksuprosentin osoittama määrä vähimmäistulorajan ylittävstä kuukausitulosta. Päivähoitomaksu määrätään sen maksamisajankohdan tilannetta vastaavaksi joko todettavissa olevien tai arvioitujen tulojen perusteella. Kunta voi määrätä enimmäismaksun siinä tapauksessa, että hakija ei ilmoita perheen tuloja.

Maksuprosentit ja tulorajat ovat:

Perheen koko henkilöä	Tuloraja euroa kuukaudessa	Korkein maksuprosentti
1-2	918	11,5
3	1 132	9,4
4	1 344	7,9

Päivähoidon maksu voi kuitenkin olla lasta kohti enintään 200 €/kk eikä lasta koskevaa enintään 18 € pienempää maksua peritä. Mikäli perheellä on samanaikaisesti useita lapsia kunnallisessa päivähoidossa, voidaan nuorimmasta kokopäivähoidossa olevasta lapsesta määrätä korkeimman maksuprosentin mukainen maksu. Perheen muiden päivähoidossa olevien lasten maksun määräytymisen perusteena on nuorimman lapsen päivähoidon maksu. Ikäjärjestyksessä seuraavan lapsen maksu voidaan määrätä samansuuruiseksi kuin nuorimman maksu kuitenkin siten, että maksun suuruus voi olla enintään 180 €/kk. Seuraavien lasten maksu on enintään 20 prosenttia nuorimman lapsen maksusta.

Lasten päivähoidon maksuissa määräytymisperusteena on perheen kokonaistulo. Lasten päivähoidon maksuja määrättäessä otetaan huomioon perheen veronalaiset ansio- ja pääomatulot sekä verosta vapaat tulot. Lähtökohtana on siten perheiden kaikkien bruttotulojen huomioiminen. Erikseen säädetään ne etuoikeutetut tulot, joita ei huomioida maksuun vaikuttavina tuloina.

Maksun perusteena olevat tulot:

- palvelun käyttäjän ja hänen kanssaan yhteistaloudessa elävän (avio- tai avoliitto) henkilön kokonaistulot (bruttoperiaate)

Huomioon otettavat tulot:

- ansio- ja pääomatulot
- verovapaat tulot
- metsätulona varallisuusverotusta varten määritelty metsä puhdas tuotto, josta vähennetään metsätalouden korot ja 10 prosenttia puhtaan tuoton arvosta. Palvelun käyttäjän vaatimuksesta metsätuloa on alennettava, mikäli tilakohtaisen vuotuisen hakkuumahdollisuuden nettoraha-arvo on vähintään 10 %:a alempi kuin maksun perusteena käytettävä metsätulo.

Tulot, joita ei oteta huomioon:

- lapsilisä
- lapsen hoitotuki
- eläkkeensaajien hoitotuki
- KEL:n mukainen lapsikorotus
- asumistuki
- vammaistuki
- tapaturmavakuutuksen perusteella maksettava sairaanhoito- ja tutkimuskulut
- sotilasavustus
- rintamalisä
- opintoraha, aikuisopintoraha, opintotuen asumislisä
- toimeentulotukena maksettavaa toimintarahaa ja matkakorvausta
- kuntoutusrahain mukaista ylläpitokorvausta
- työvoimapolitiittisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain mukaista ylläpitokorvausta
- opintojen perusteella maksettavia apurahoja tai muita vastaavia avustuksia
- perhehoidon kustannusten korvaus
- lasten kotihoidon tukea

Tulojen määräitys:

- mikäli kuukausitulot vaihtelevat, viimeksi kuluneen vuoden keskimääräinen kuukausitulo

Tuloista tehtävät vähennykset:

- maksetut elatusavut ja tosiasiallisista perhesuhteista johtuvat muut vastaavat kustannukset
- rahana maksettavat syytinkietuudet

3.3 Maksukatot eri järjestelmissä

3.3.1 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukatot

Vuoden 2000 alusta tuli voimaan kunnallinen terveydenhuollon maksukatto (asiakasmaksulaki 6 §, jäljempänä kunnallinen maksukatto). Kunnallinen

maksukatto säädettiin paljon terveydenhuollon palveluja käyttävien kohtuutoman korkeaksi nousevan maksurasituksen estämiseksi. Maksukatto on osin perhekohtainen. Alle 18-vuotiaan lapsen käyttämistä palveluista perityt maksut otetaan huomioon yhdessä hänen vanhempansa tai muun laillisen huoltajan maksujen kanssa ja ne kerryttävät toisen vanhemman tai muun laillisen huoltajan maksukertymää. Huoltajat voivat keskenään valita vapaasti, kumman huoltajan maksukertymän hyväksi lasten maksut lasketaan. Kuntaliitto on ohjannut niin, että valinta voidaan tehdä maksukaton täyttymisvaiheessa. Maksukatto on 590 euroa (2005) ja kertymäkausi kalenterivuosi.

Maksukattoa kerryttävät terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelusta, yksilökohtaisesta fysioterapiasta, poliklinikkakäynnistä, päiväkirurgisesta toimenpiteestä, sarjahoidosta, yö- ja päivähoidosta, kuntoutushoidosta sekä lyhytaikaisesta laitoshoidosta. Maksukaton täyttymisen jälkeen ovat maksukattoa kerryttävät palvelut maksuttomia kalenterivuoden loppuun asti. Lyhytaikaisesta laitoshoidosta voidaan maksukaton täyttymisen estämättä periä 12 euron suuruinen (2005) hoitopäivämaksu hoitopäivältä.

Kunnallisen maksukaton ulkopuolelle jäävät kaikki tulosidonnaiset maksut (esim. kotisairaanhoito ja kotipalvelut), yksityislääkärin läheteellä tehtävät laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, suun ja hampaiden tutkimus ja hoito, sairaankuljetus, pitkäaikaisen laitoshoidon maksut, lääkirintodistusmaksut, lääkekustannukset, matkakustannukset, turvapuhelin, viivästyskorko ja perintäkulut, työterveyshuollon maksut, yksityisten palvelujen käytöstä aiheutuvat kustannukset sekä eräät erityismaksut (esim. sakkomaksut käyttämättä jätettyä palvelusta ja erikoismaksuluokan lisämaksut).

Vuonna 2002 maksukatto on täyttynyt yli 62 000 henkilöllä. Maksukaton ylittymisen vaikutus kuntien maksutulokertymään on ollut noin 22 miljoonaa euroa eli keskimäärin noin 790 euroa maksukaton ylittänyttä kohden. Maksukaton kertymistä seurataan asiakkaille annettavien asiakaskorttien (seuranta-korttien) avulla, koska valtakunnallista yhtenäistä ATK- tai muuta vastaavaa järjestelmää ei ole toistaiseksi käytössä. Maksukaton täyttymisen jälkeen asiakkaalle annetaan vapaakortti.

Kunnallisen maksukaton lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen maksuissa on käytössä erillisiä yksittäisten maksujen kattoja (ns. välikatot) terveyskeskusmaksuissa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaitten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Näitä välikattoja on myös seurattava erikseen varsinaisen maksukaton seuraamisen ohella. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista voidaan periä kunnan päätöksen mukaisesti joko vuosimaksu tai käyn-teihin perustuva maksu. Asiakkaalta perittävä vuosimaksu voi olla enintään 22 euroa. Mikäli asiakas ei halua maksaa vuosimaksua, häneltä peritään kultakin käynniltä enintään 11 euroa. Toisena vaihtoehtona kunnalla on periä 11 euron suuruinen käyntimaksu, jolloin maksu voidaan enintään kolmelta ensimmäi-

seltä käynniltä. Eräissä kunnissa asiakkaalle on jätetty mahdollisuus valita tapa, jolla hänen terveyskeskusmaksujen vuotuinen määrä kertyy. Toinen ns. välikatto koskee alle 18-vuotiaiden lyhytaikaista laitoshoidtoa. Alle 18 –vuotiaalta ei saa periä maksua terveyskeskuksessa, sairaalassa tai sen toimintayksikössä olevalta siltä osin kuin hoitopäiviä kertyy kalenterivuodessa yli seitsemän. Lisäksi sarjassa annettavasta hoidosta (esim. dialyysihoito, lääkinnällinen kuntoutus-, säde- ja sytostaattihoito) maksu saadaan periä enintään 45 hoitokerralta kalenterivuodessa.

3.3.2 Sairausvakuutuksen ja kuntoutuksen vuosiomavastuuosuudet

Sairausvakuutusetuksiin on oikeus kaikilla Suomessa asuvilla. Sairausvakuutus korvaa osan tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista. Korvausta maksetaan yksityislääkärin ja muun yksityisen sairaanhoitopalvelun käytöstä aiheutuneista kustannuksista, lääkkeistä sekä potilaan matkakustannuksista. Sairausvakuutuslaissa on vuotuinen omavastuuosuus lääkekustannuksissa ja matkakustannuksissa. Vuosiomavastuu on henkilökohtainen. Vuosiomavastuun täyttyä sairausvakuutuslain mukaan korvattavat kustannukset korvataan kokonaan vakuutetulle.

Sairausvakuutuksesta korvataan lääkärin määräämät avosairanhoidon lääkkeet laissa säädetyn omavastuuosuuden ylittävältä osalta. Lääkärin määräämistä lääkkeistä korvataan 50 %:a 10 euroa ylittävältä osalta (peruskorvaus) taikka 75 tai 100 %:a 5 euroa ylittävältä osalta (erityiskorvaus). Jos vakuutetulle korvaamatta jääneet lääkekustannukset ylittävät samana kalenterivuonna 606,95 euroa (vuoden 2005 indeksitasossa), ylimenevä osa korvataan kokonaan. Lisäkorvaus maksetaan kuitenkin vasta, kun korvaus ylittää 16,82 euron rajan. Lääkkeiden vuosiomavastuu (lääkekatto) tuli voimaan vuonna 1986. Vuosiomavastuuta korotetaan vuosittain elinkustannusindeksillä siten, että se muuttuu samassa suhteessa kuin kansaneläkkeet.

Sairausvakuutus korvaa kokonaan potilaan matkakustannukset, jotka ylittävät 9,25 euroa yhdensuuntaista matkaa kohden. Korvaus maksetaan enintään vahvistetun taksan mukaisesta määrästä. Matkojen vuotuinen omavastuuosuus (matkakatto) tuli voimaan vuoden 1988 alussa. Matkakatto on 157,25 euroa (2005). Vuoden 2005 alusta lukien matkakatto käsittää kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta aiheutuneiden matkojen kustannukset. Aikaisemmin kuntoutuksen matkoilla oli oma vuotuinen omavastuuosuus, jonka määrä vuonna oli 151,37 euroa (2004).

Vuonna 2004 lääkekatto täyttyi 181 000:lla, sairausvakuutuksen matkakatto noin 41 100:lla ja kuntoutuksen matkakatto 6 100 henkilöllä. Matkoista maksettiin korvauksia katon täyttymisen jälkeen yhteensä 33,9 milj. euroa. Lääkkeistä kattokorvauksia maksettiin 88,5 milj. euroa.

3.3.3 Kunnallisen maksukaton ja sairausvakuutuksen vuosiomavastuun kohdentuminen

Maksutoimikunnan käyttöön Kansaneläkelaitos ja Kuntaliitto on tehnyt selvityksen kunnallisen maksukaton ja sairausvakuutuslain mukaisten lääke- ja matkakustannusten sekä kuntoutusmatkakustannusten vuosiomavastuun kohdentumisesta samoille henkilöille vuonna 2004. Selvityksessä käytetyt tiedot kerättiin Pohjois-Karjalan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiireiltä ja niiden alueella toimivilta sellaisilta kunnallisilta toimijoilta, jotka antavat kunnallisen maksukaton täyttymistä osoittavia vapaakortteja. Toimiyksiköiden toimittamien maksukaton ylittäneiden henkilötunnusten perusteella Kansaneläkelaitoksen etuusrekisteristä poimittiin ne henkilöt, joilla oli myös täyttynyt lääke- ja/tai matkakustannusten vuosiomavastuu.

Selvityksen mukaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kunnallinen maksukatto oli täyttynyt 3 379 henkilöllä (1,7 % väestöstä). Vastaavasti Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella maksukatto täyttyi 2 740 henkilöllä eli 1,6 prosentille väestöstä. Kunnallinen maksukatto ja Kelan vuosiomavastuu (lääkekatto, sairausvakuutuksen matkakatto tai kuntoutuksen matkakatto) täyttyi Etelä-Pohjanmaalla 0,6 prosentille väestöstä ja Pohjois-Karjalassa 0,5 prosentille väestöstä. Molemmissa sairaanhoitopiireissä väestöstä noin 4 prosentille oli täyttynyt vain Kelan vuosiomavastuita, mutta ei kunnallista maksukattoa. Jokin edellä todetuista katoista oli täyttynyt molemmissa sairaanhoitopiireissä 5,7 prosentille väestöstä.

Taulukko 7. kunnallisen maksukaton ja sairausvakuutuksen omavastuuosuuksien kohdentuminen samoille henkilöille vuonna 2004 (Kelan selvitys 2005)

	Etelä-Pohjanmaa		Pohjois-Karjala	
	Henkilöitä, lkm	Väestöosuus, %	Henkilöitä, lkm	Väestöosuus, %
Kunnallinen maksukatto	3 379	1,7	2 740	1,6
- heistä ne, joilla myös jokin Kelan vuosiomavastuu	1 104	0,6	891	0,5
- heistä ne, joille täyttynyt Kelan vuosiomavastuu lääkkeissä	768	0,4	684	0,4
Vain jokin Kelan vuosiomavastuu	7 616	3,9	6 887	4,0
Yhteensä	10 995	5,7	9 627	5,7

Selvityksen mukaan Etelä-Pohjanmaan alueella noin lähes 11 000 henkilölle ja Pohjois-Karjalassa yli 9 600 henkilölle on täyttynyt vuoden 2004 aikana joko kunnallinen maksukatto tai jokin Kelan vuosiomavastuista. Etelä-Pohjanmaalla näistä henkilöistä hieman yli 10 prosentille (1 104 henkilöä) on täytty-

nyt kunnallisen maksukaton lisäksi jokin Kelan vuosiomavastuista. Vastaavasti Pohjois-Karjalassa kunnallinen maksukatto ja jokin Kelan vuosiomavastuista on täytynyt lähes 900 henkilöllä eli noin 9 prosentilla ko. ryhmästä. Selvityksen mukaan noin kolmasosalla kunnallisen maksukaton ylittäneistä henkilöistä ylittyi myös jokin Kelan vuotuisista omavastuuosuuksista ja runsaalla viidesosalla se oli lääkkeiden vuosiomavastuuosuus.

Etelä-Pohjanmaan alueella kunnallisen maksukaton ylittäneistä suurimman 5-vuotisikäluokan muodosti 80-84-vuotiaat, johon kuului noin viidennes maksukaton ylittäneistä. Alle 55-vuotiaiden osuus oli lähes 14 prosenttia. Pohjois-Karjalan alueella suurimman ryhmän muodosti alle 55-vuotiaat, joiden osuus oli noin 19 prosenttia. Etelä-Pohjanmaan alueella maksukaton ylittäneistä 57 prosenttia oli yli 75-vuotiaita, kun Pohjois-Karjalassa ko. ryhmän osuus jäi alle 50 prosentin. Henkilöistä, joilla oli täytynyt kunnallinen maksukatto Etelä-Pohjanmaan alueella, lähes 60 prosenttia sai täyttä tai vähennettyä kansaneläkettä. Pohjois-Karjalassa vastaava prosenttiosuus oli noin 56. Henkilöistä, joilla oli kunnallisen maksukaton lisäksi täytynyt jokin Kelan vuosiomavastuu, sai kansaneläkettä Etelä-Pohjanmaalla noin 62 prosenttia ja Pohjois-Karjalassa noin 64 prosenttia.

3.4 Vireillä olevia lainsäädäntö- ja muita hankkeita

3.4.1 Valtionosuusjärjestelmän uudistaminen

Sisäasiainministeriön asettama kuntien rahoitus- ja valtionosuusuudistusta pohtineen johtoryhmän ehdotukset valtionosuusjärjestelmän uudistamisesta on valmistunut joulukuussa 2004 (SM:n julkaisuja 52/2004). Taloudellisilta vaikutuksiltaan merkittävimmät esitykset koskevat kiinteistöveroprosenttien rajojen muutoksia, opetus- ja kulttuuritoimen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien eräitä perustemuutoksia sekä valtion ja kuntien välistä kustannustenjaon tarkistusta laskennallisen valtionosuusjärjestelmän piiriin kuuluvissa kuntien tehtävissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusperusteena oleva syrjäisyyskerroin esitetään korvattavaksi yleisen valtionosuuden mukaisella syrjäisyyskertoimella. Uutena perusteena esitetään sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaikeasti vammaisten henkilöiden lukumäärää kunnassa. Lisäksi esitetään, että todellisiin kustannuksiin perustuvasta lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmästä luovutaan. Tilalle esitetään valtionosuuden laskennalliseksi määräytymisperusteeksi lastensuojelun tarvetta kunnassa.

Järjestelmän selkeyden parantamiseksi ja valtio-kunta rahoitussuhteen yksinkertaistamiseksi esitetään uudistettavaksi valtion ja kuntien välinen kustannustenjako. Käytössä oleva valtionosuusindeksi esitetään korvattavaksi sosiaali-

ja terveydenhuollon sekä opetus- ja kulttuuritoimen käyttömenoilla painotetulla hintaindeksillä, joka kuvaa nykyistä paremmin kustannusten kehitystä. Lisäksi esitetään luovuttavaksi mahdollisuudesta puolittaa vuosittainen valtionosuuksien indeksitarkistus, mikä merkitsee täysimääräisiä indeksikorotuksia.

Valtionosuusjärjestelmän uudistus on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2006 alusta. Uudistusta koskeva hallituksen esitys on annettu eduskunnalle kesäkuussa 2005 (HE 88/2005).

3.4.2 Kotikuntalain muuttaminen

Sisäasiainministeriön elokuussa 2004 asettaman kotikuntatyöryhmän mietintö on valmistunut kesäkuussa 2005 (Kotikuntalaki ja kotikunnan vaihtamisen rajoitukset, sisäasiainministeriön julkaisuja 24/2005). Työryhmän tehtävänä on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä hoitoa ja huoltoa saavan muutto-oikeutta rajoittavan kotikuntalain 3 §:n 2 momentin tarkoittaman ns. rajoitussäännöksen suhdetta perustuslain 9 §:n liikkumisvapaussäännökseen. Työryhmän on tullut tehdä tarvittaessa ehdotukset lainmuutoksista, joilla lainsäädäntöä korjataan siten, etteivät asuinpaikkaan liittyvät taloudelliset seikat tosiasiallisesti rajoita henkilön kotikunnan määräytymistä.

Työryhmän selvityksen mukaan rajoitussäännös koskee laitoshoidon, asumispalveluja sekä perhehoitoa saavia henkilöitä. Näitä palveluja saavia henkilöitä on lastensuojelutoimenpiteiden alaiset lapset ja nuoret, vammaiset, kehitysvammaiset, päihdehuollon asiakkaat, mielenterveyspotilaat, vanhukset ja terveydenhuollon pitkäaikaipotilaat.

Työryhmän mukaan mainittu rajoitussäännös ei ole perustuslain 9 §:n mukainen. Toisaalta työryhmän katsoo, ettei rajoitussäännöstä voida kumota ilman, että samalla ratkaistaan kuntien välinen kustannustenjakoon. Muutto-oikeuden toteuttaminen edellyttää kotikuntalain muutoksen lisäksi kuntien välisen kustannusten jakoratkaisua sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksia. Muuttajia on kahdenlaisia: sellaisia, jotka haluavat vaihtaa kotikunnakseen sen kunnan, jossa he ovat jo tällä hetkellä hoidossa ja huollossa, ja sellaisia, jotka haluaisivat muuttaa omaistensa ja läheistensä luokse.

Työryhmä on esittänyt, että laitoksessa, asumispalveluyksikössä ja perhekodissa hoitoa tai huoltoa saavalla henkilöllä olisi oikeus vaihtaa kotikuntaansa. Kotikunnan vaihtaminen edellyttäisi, että henkilö itse haluaisi vaihtaa kotikunnakseen laitoksen, asumispalveluyksikön tai perhehoidon sijaintikunnan. Kuntien välinen kustannustenjakoon toteutettaisiin ns. kuntalaskutusmallilla. Malli perustuisi siihen, että henkilölle ensimmäisen laitoshoidon, asumispalveluja tai perhehoidon järjestämistä koskevan hoitopaikka- ja maksuosoituspäätöksen tehnyt kunta maksaisi jatkossakin kotikunnan vaihtumisesta huolimatta laitoshoidon, asumispalvelun tai perhehoidon sekä muut sosiaali- ja tervey-

denhuollon nettokustannukset kuntalaskun perusteella. Uusi kotikunta päättäisi palvelujen järjestämisestä. Vanha kotikunta maksaisi uudelle kotikunnalle kuntalaskun, joka muodostuisi henkilön tarvitsemien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannuksista vähennettynä henkilön maksamilla asiakasmaksuilla ja valtionosuusvähennyksellä, joka perustuisi uuden kotikunnan saamaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuteen.

3.4.3 Avo- ja laitoshoidon rajanvedon poistaminen

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman mukaan hallituskaudella tulee selvittää, miten kansaneläkkeestä poistetaan ns. laitoshoidorajoitus siten, että kansaneläkkeen määrään ei enää vaikuta se, onko henkilö avo- vai laitoshoidossa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen jakamisella avo- ja laitoshoidon palveluihin on suuri merkitys sekä palvelujen järjestämiseen että niistä perittäviin maksuihin. Avo- ja laitoshoidon rajanvedolla on taloudellista merkitystä palveluja käyttävien asiakkaiden, palveluja järjestävien kuntien ja sosiaalivakuutusetuuksia myöntävän Kelan kannalta. Sosiaaliturvajärjestelmän tulisi olla sellainen, että se tukisi hoidon ja palvelujen järjestämistä asiakkaan ja potilaan tarpeiden kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla. Palvelujen erilaisen rahoituksen ja tulonsiirtojen ei tulisi määrätä hoitopaikkaa ja palvelujen sisältöä.

Avo- ja laitoshoidon rajanveto voi johtaa kunnan voimavarojen ja palvelujen epätarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen ja vaikeuttaa palvelujen asiakaslähtöistä ja joustavaa käyttöä. Jossakin tilanteissa palvelujen rahoitusvastuun jakautuminen ja tulonsiirrot ratkaisevat hoidollisten tarpeiden sijasta henkilön saamien palvelujen sisällön ja hoitopaikan. Yhtenä lieveilmiönä on kuntien halu nimetä vanhainkoteja (=laitos) palvelutaloiksi (=avohoitoa), jotta asiakkaat saisivat paremmat Kelan maksamat etuudet. Tällöin huomattava osa Kelan maksamista korkeammista etuuksista voidaan periä asiakasmaksuina ja vuokrina kunnille, jolloin suurempi osuus palvelujen kustannuksista jää asiakkaan vastuulle.

Nykyinen asiakasmaksujärjestelmä vääristää myös kotitalouksien valintoja ja kustannustietoisuutta. Asiakkaat ja heidän omaisensa vertailevat avo- ja laitoshoidon kustannuksia. Paljon pitkäaikaisen avohoidon palveluja tarvitsevalta henkilöltä perittävät maksut voivat muodostua kohtuuttoman korkeiksi, jos myös muut tavanomaiset, välttämättömät menot otetaan huomioon. Käytännössä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle henkilölle saattaa jäädä käyttövaroja enemmän kuin avohoidossa olevalle henkilölle ja hänen kotitaloudelleen välttämättömien menojen jälkeen. Tämä maksujen epäsuhta saattaa osaltaan kannustaa laitoshoitoon. Kunta voi alentaa maksuja erillisellä hallinnollisella päätöksellä, mutta menettely lisää byrokratiaa eikä turvaa asiakkaiden tasaver-

taista kohtelua. Pahimmillaan välttämättömien palvelujen kustannukset voivat johtaa toimeentulotuen tarpeeseen.

Lisäksi avohoidon ja laitoshoidon tulonsiirto- ja maksujärjestelmien erot haittaavat sosiaaliturvajärjestelmän läpinäkyvyyttä ja vaikeuttavat palvelujen kustannusvertailuja.

Avo- ja laitoshoidon rajanvetoon liittyviä kysymyksiä on selvitetty sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa ns. AVOLA-työryhmässä (STM:n työryhmämuistioita 2001:30). Työryhmän ehdotusten pohjalta työtä on jatkettu virkamiesvalmistelussa. Loppuvuodesta 2004 valmistuneen esityksen mukaan avo- ja laitoshoidon rajanveto tulisi poistaa eläkevähenteisestä kansaneläkkeestä ja eläkkeensaajan hoitotuesta. Kansaneläkettä alettaisiin maksaa alentamattomana pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille. Lisäksi eläkkeensaajan hoitotukea maksettaisiin hoitopaikasta riippumatta. Samassa yhteydessä tulisi korottaa pitkäaikaisen laitoshoidon enimmäismaksuja. Rajanveto säilytettäisiin edelleen sairausvakuutuksessa, asumistuessa ja muissa vammaisuuksissa kuin eläkkeensaajan hoitotuessa. Uudistuksen aiheuttama nettomenojen lisäys olisi arviolta 17 miljoonaa euroa.

3.4.4 Sairausvakuutuksen rahoituksen uudistaminen

Sairausvakuutuksen rahoitusta uudistetaan vuoden 2006 alusta lukien. Tavoitteena on turvata sairauden perusteella myönnettävien etuuksien rahoituksen riittävyys. Tätä varten sairausvakuutuksessa vahvistetaan vakuutusperiaatetta tiivistämällä maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä.

Sairausvakuutus jaetaan työtulo- ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutuksen kuuluvat sairaus- ja vanhempainpäivärahat, kuntoutusrahat sekä työterveyshuollon kustannukset. Työtulovakuutuksen rahoittamiseen osallistuvat työnantajat, palkansaajat ja yrittäjät sekä valtio. Valtio rahoittaa vähimmäismääräiset sairaus- ja vanhempainpäivärahat, erityishoitorahat sekä kuntoutusrahat. Vuonna 2006 työnantajat rahoittavat muista työtuloetuuksista 73 prosenttia ja palkansaajat sekä yrittäjät yhdessä 27 prosenttia. Palkansaajilta peritään sairausvakuutuksen päivärahamaksua 0,77 prosenttia ja yrittäjältä 1,02 prosenttia. Päivärahamaksu on verotuksessa vähennyskelpoinen. Työnantajan sairausvakuutusmaksu on 2,06 prosenttia. Tulevina vuosina työtulovakuutuksen kustannusmuutokset rahoitetaan siten, että maksujen muutokset jakautuvat tasan työnantajien sekä palkansaajien ja yrittäjien kesken.

Sairaanhoitovakuutukseen kuuluvat muun muassa lääkekorvausmenot, matkakulukorvaukset, Kelan järjestämän kuntoutuksen kustannukset sekä korvaukset yksityisen terveydenhuollon lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioista. Sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen vakuutetut ja valtio osallistuvat yhtä suurella osuudella lukuun ottamatta EU-maihin maksettavia sairaanhoidon kus-

tannusten korvauksia, jotka valtio rahoittaa. Sairaanhoidetuksien rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta peritään 1,33 prosenttia sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksua vuonna 2006. Maksu korvaa nykyisen vakuutetun sairausvakuutusmaksun. Eläke- ja etuustulojen osalta maksua peritään kuitenkin 1,50 prosenttia eli nykyisen sairausvakuutusmaksun suuruisena.

3.4.5 Lääkekorvausjärjestelmän uudistaminen

Lääkekorvausjärjestelmää uudistetaan vuoden 2006 alusta lukien muun muassa alentamalla lääkkeiden tukkuhintoja (HE 97/2005). Koska potilaan kustannukset pyritään tältä osin säilyttämään ennallaan, muutetaan uudistuksen yhteydessä myös korvausprosenttia, jonka perusteella lääkkeistä maksetaan korvausta.

Korvattavien lääkkeiden, kliinisten ravintovalmisteiden ja perusvoiteiden korvaamatta jääneillä kustannuksilla on vuosittainen omavastuuosuus. Nykyään lisäkorvausta maksetaan, kun vuotuinen omavastuuosuus (606,95 euroa vuonna 2005) ylittyy 16,82 eurolla. Uudistuksen jälkeen vakuutettu maksaisi vuosittaisen omavastuuosuuden ylittymisen jälkeen lisäkorvattavien valmisteiden kustannuksista 3 euroa jokaisesta yhdellä kertaa ostetusta valmisteesta. Vuotuinen omavastuu olisi 610 euroa lisättynä indeksikorotuksella vuonna 2006, mutta sen ylittyttyä ei enää edellytettäisi 16,82 euron suuruisen kustannuksen syntymistä ennen kuin lisäkorvausta voitaisiin maksaa. Vuotuinen omavastuu olisi edelleen sidottu elinkustannusindeksin kehitykseen.

3.4.6 Kunta- ja palvelurakennemuutos

Sisäasiainministeriö on 11.5.2005 asettanut kunta- ja palvelurakennemuutos – hankkeen. Hankkeella on selvä tavoite: nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämisen ja tuottamisen turvaamiseksi tulevaisuudessa. Saman aikaisesti palveluiden laatu ja vaikuttavuus, saavutettavuus ja tehokkuus sekä teknologian kehittäminen otetaan huomioon.

Hankkeen tehtävänä on arvioida ja tehdä ehdotus kuntien vastuulla olevien lakisääteisten ja kuntien itselleen tehtäväksi ottamien palveluiden tarkoituksenmukaisista järjestämisvastuualueista. Ehdotuksessa tulee ottaa huomioon palveluiden sisältö ja ominaispiirteet, niiden saatavuus, laatu sekä kuntien kantokyky pitkällä aikajänteellä sekä alueelliset ja kielelliset erityispiirteet. Tarkastelun kohteina ovat kuntajaotuksen muutokset sekä kuntarajat ylittävä yhteistyö kaikilla aluetasoilla kunnista valtakunnantasolle saakka.

Tehtävänä on myös selvittää ja edistää palveluiden eri järjestämis- ja tuottamistapojen parhaiden käytäntöjen käyttöönottoa. Selvityksessä tulee ottaa

huomioon erityisesti palveluiden saatavuus, laatu, tehokas tuottamistapa, tuottavuuden parantaminen, tietotekniikan kehitys sekä vaikutus henkilöstöön. Lisäksi hankkeen tehtävänä on arvioida palveluiden ohjaus- ja kehittämisjärjestelmiä sekä tutkimustoimintaa ja laatia niitä koskevat kehittämis ehdotukset. Hankkeen tulee myös arvioida valtion ja kuntien tehtävien ja kustannusten jakoa sekä tehdä tarvittavat esitykset. Hanke tukee ja kehittää käynnissä olevia sosiaali- ja terveysalan sekä opetus- ja kulttuurialan kehittämishankkeita. Työssä otetaan huomioon myös tuottavuushankkeen tulokset.

Lisäksi hankkeen tehtävänä on valmistella hankkeen toteutuksen kannalta keskeiset ja välttämättömät kuntien palveluiden järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvät normatiiviset ja lainsäädännölliset muutokset, jotka koskevat kuntien tehtäviä ja rahoitusta, kuntien palveluiden järjestämisen organisoimista, kuntien yhteistyötasoja ja yhteistyön toteuttamista sekä kuntajakoa ja kuntajaon muuttamista.

Hanketta valmistellaan laajapohjaisesti. Valtioneuvosto tasolla hanketta johtaa peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministerityöryhmä. Se käsittelee kunta- ja palvelurakenneryhmän valmistelemat linjaukset ja päätösehdotukset ennen niiden päättämistä valtioneuvostossa. Hankkeen käytännön toteutusta valmistelee ja ohjaa kunta- ja palvelurakenneryhmä, jonka puheenjohtajana on alue- ja kuntaministeri Hannes Manninen ja varapuheenjohtajana valtiosihteeri Pertti Rauho. Hanketta valmistellaan neljässä työryhmässä, jossa ovat edustettuina ministeriöt, kunnat ja työmarkkinaosapuolet.

Hakkeen ensi vaiheessa kunta- ja palvelurakenneryhmä arvioi palveluiden järjestämisvastuita vähintään vuoteen 2015 ulottuen saatavuuden ja laadun sekä tehokkuuden ja tuottavuuden näkökulmasta. Ryhmä laatii syksyllä 2005 valtioneuvostolle hankkeen keskeisistä alueilla toteutettavista linjauksista. Aluevaiheessa sijoitetaan linjausten mukaiset toimenpiteet alueille, sekä arvioidaan mahdollisten vaihtoehtojen toteutettavuutta alueiden erityispiirteet huomioon ottaen. Tämän vaiheen toteuttaa Suomen Kuntaliitto, joka organisoii sen yhdessä maakunnan liittojen ja kuntien kanssa.

Kunta- ja palvelurakenneryhmä valmistelee ehdotuksen kunnilta valtiolle siirrettävistä tehtävistä ja siirron vaikutuksista kuntien ja valtion välisiin taloudellisiin suhteisiin 31.12.2005 mennessä. Lisäksi ryhmä kokoaa ja valmistelee palvelujen järjestämisvastuuseen ja tuottamistapaan liittyvät ehdotukset valtioneuvostolle toukokuuhun 2006 mennessä. Valtioneuvosto päättää touko-kesäkuussa 2006 palveluiden tulevasta rahoitus-, järjestämis- ja tuottamisrakenteista sekä linjaa kuntajakolain mahdolliset muutostarpeet. Valtioneuvoston lainsäädännölliset linjaukset käsitellään eduskunnassa vuoden 2006 aikana ja niiden on tarkoitus astua voimaan vuoden 2007 alusta.

Hankkeen toimikausi päättyy 31.5.2006.

3.4.7 Kansallinen terveyshanke ja Sosiaalialan kehittämishanke

Valtioneuvosto vahvisti vuosina 2002 ja 2003 tekemissään päätöksissä ne periaatteet, joilla terveydenhuoltoa ja sosiaalialaa kehitetään valtakunnallisten vuoteen 2007 jatkuvien hankkeiden ajan. Kehittämistyötä tehdään kuntien ja valtion yhteistyönä ottamalla huomioon yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Osana valtakunnallisten hankkeiden toteuttamista arvioidaan ja uudistetaan laajasti sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Hankkeet määrittävät ja antavat suunnan myös sosiaali- ja terveydenhuollon tulevalle kehittämiselle.

Valtakunnallisten hankkeiden keskeisenä tavoitteena on turvata kansalaisten tarpeiden mukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen saaminen maan eri puolilla myös tulevaisuudessa. Keinoina ovat palvelujen laadun edelleen kehittäminen, palvelujen saannin perusteissa olevien erojen vähentäminen sekä alan henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottaminen korkeatasoisina edellyttää suunnitelmallista ja laajaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Valtakunnallisissa hankkeissa painotetaan yhteistyöstä ja työnjaosta sopimista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestettäessä, eri sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattiryhmien välillä ja myös erityistason ja perustalvelujen kesken. Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä hyödynnetään alueellista ja seudullista yhteistyötä. Myös sairaanhoitopiirien sisällä ja niiden välillä tehtävää yhteistyötä ja työnjakoa kehitetään.

Kansallinen terveydenhuollon hanke

Osana Kansallisen terveydenhuollon hanketta on lainsäädännössä asetettu hoidon saatavuutta koskevat vaatimukset siten, että 1.3.2005 alkaen yhteys terveyskeskukseen tulee saada samana arkipäivänä kun yhteydenottoa yritetään ja tarvittaessa pääsy hoitajan tai lääkärin vastaanotolle kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Kaikki lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää kuudessa kuukaudessa. Hoidon saatavuutta tuetaan hoidon saatavuutta koskevien kriteerien asettamisella.

Toimintojen ja rakenteiden uudistamisessa keskeisessä asemassa ovat hoitosuosituksen ja alueellisten hoito-ohjelmien kehittäminen ja käytäntöön soveltaminen, päiivystystoiminnan, hankintamenettelyjen sekä laboratorio- ja kuvantamistoimintojen rationalisointi sekä valtakunnallisen sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöönotto. Hanke kiinnittää erityistä huomiota ennaltaehkäisevään työhön, johon liittyy muun muassa Terveys 2015-ohjelma.

Lisätietoja Kansallisesta terveydenhuollon hankkeesta www.terveyshanke.fi.

Sosiaalialan kehittämishanke

Sosiaalialan kehittämishankkeen lähtökohtana on kuntien sosiaalihuollon perustyön vahvistaminen ja pysyvien uudistusten aikaansaaminen. Asiakkaan mahdollisuuksiin päästä palvelutarpeen arviointiin kiinnitetään huomiota erityisesti vanhustenhuollossa ja sosiaalityössä.

Palvelurakenteen ja toimintojen kehittämisessä työmenetelmiä uudistetaan ja hyödynnetään tietoteknologiaa sekä parannetaan lapsiperheiden, vanhusten ja vammaisten palveluja. Palvelurakenteen uudistamisen yhteydessä huolehditaan sosiaalialan henkilöstön osaamisen vahvistamisesta sekä kehitetään sosiaalihuollon ammatti- ja tehtävarakennetta, henkilöstön mitoitusta ja työoloja. Hyvät käytännöt -ohjelman avulla uudistetaan sosiaalityötä ja sosiaalipalveluja kokoamalla, arvioimalla ja välittämällä tietoa hyvistä ja vaikuttavista työmenetelmistä ja työkäytännöistä.

Osana sosiaalialan kehittämishanketta käynnistyy sosiaalialan pitkän aikavälin kehittämistyö Hyvinvointi 2015 –ohjelma.

Lisätietoja sosiaalialan kehittämishankkeesta www.sosiaalihanke.fi.

4 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN MAKSUJÄRJESTELMÄT POHJOISMAISSA JA ERÄISSÄ MUISSA MAISSA

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksuja koskevassa selvityksessä⁷ on kartoitettu lasten päivähoidon, vanhusten pitkäaikaishoidon ja terveydenhuollon asiakasmaksukäytäntöjä eri maissa sekä kerätty tietoa siitä, miten asiakasmaksuja⁸ käytetään palveluiden käytön ohjailuun ja rahoitukseen. Selvitykseen valitut maat ovat Ruotsi, Norja, Tanska, Iso Britannia, Saksa ja Alankomaat. Tässä luvussa esitettyä vertailua arvioitaessa on otettava huomioon, että eri maiden maksujärjestelmät ja rahoitusperiaatteet eroavat merkittävästi toisistaan jo lähtökohdiltaan, minkä vuoksi eri maiden suora vertailu on erittäin vaikeaa. Tässä luvussa esitetyt kvantitatiiviset vertailut perustuvat OECD:n tuottamaan uusimpaan saatavissa olevaan aineistoon.

Asiakasmaksujen lähtökohtana voidaan yleisesti pitää asiakkaiden käyttäytymisen ohjailua. Kuitenkin usein julkisen talouden säästöpainotteet ovat tehneet asiakasmaksuista erään peruspalveluiden rahoitusmuodon. Selvityksessä pyritään kiinnittämään huomiota maksujen rooliin palvelujen rahoituksessa sekä maksujärjestelmän selkeyteen asiakkaan kannalta.

4.1 Lasten päivähoido

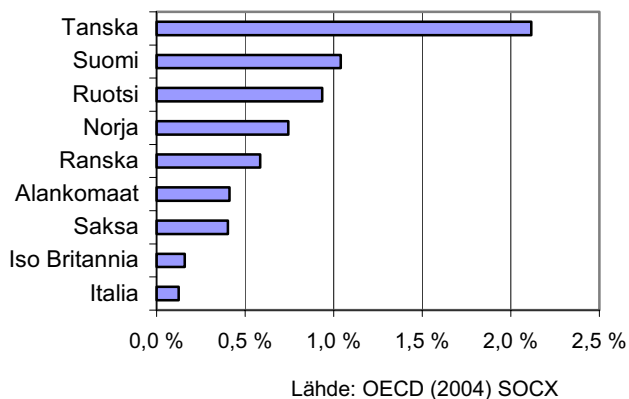
Lasten päivähoidojärjestelmät ja hinnoittelu vaihtelevat merkittävästi vertailuista maista toiseen, joten suora vertailu on osittain hankalaa, miltei mahdotonta. Keskeisesti järjestelmän luonteeseen vaikuttaa naisten työssäkäynnin yleisyys ja perheen asema kulttuurissa. Maissa, jossa naisten kodinulkopuolinen työskentely on yleistä, on päivähoido julkisesti tuettua tai tuotettua. Pohjoismaiden lastenhoitojärjestelmät erottuvat selkeästi muista. Pohjoismaissa tavoitteena on tukea naisten työssäkäyntiä, kun muualla julkinen lastenhoito on painottunut leikkikerhotyypin osapäivätoimintaan. Varhain alkava koulu rajoittaa useissa maissa päivähoidopalvelujen kysyntää.

Alla olevassa kuvioissa 1 on kuvattu eräiden OECD-maiden lasten päivähoidopalveluiden julkista rahoitusosuutta suhteessa BKT:hen. Luvut sisältävät julkiset menot päiväkodeille, perhepäivähoitajille ja leikkikerhoille sekä esi-kouluille ja iltapäiväkerhotoiminnalle. Niissä ei ole mukana esimerkiksi koti-hoidontuen kaltaisia menoeria. Julkiset panostukset lasten päivähoidoon ovat yleensä painottuneet lastentarhojen ja perhepäivähoidon tukemiseen.

⁷ Niilo Färkkilä: Selvitys terveys- ja sosiaalitoimen asiakasmaksuista eräissä maissa.

⁸ Asiakasmaksun käsitteeseen sisältyy jäljempänä olevassa tarkastelussa myös vakuutusperusteisten järjestelmien omavastuut.

**Kuvio 1. Julkisten lastenhoitopalvelu-
menojen osuus BKT:sta 2001**



Pohjoismaissa lapset ovat yleensä julkisessa päivähoitos-
sa, mutta muualla lähes kaikki
hoitopaikat ovat yksityisiä.
Maksujen suuruus riippuu van-
hempien tuloista muualla paitsi
Britanniassa. Britanniassa
hoito on vertailluista maista
kalleinta, jopa 300 euroa vii-
kossa. Halvinta hoito on Ruot-
sissa, jossa maksukatto rajaa
ensimmäisen lapsen päivähoi-
tomaksun enimmillään noin

140 euroon kuukaudessa. Hoidon ja varsinkin julkisen hoidon saatavuus on
jonkinasteinen ongelma kaikissa maissa. Kallis hoito ja ongelmat saatavuudes-
sa ovat johtaneet Alankomaissa, Britanniassa ja Saksassa siihen, että lasten
hoitopaikka on yhä useammin työnantajan järjestämä.

Liitetaulukoon 1 (s. 181) on koottu keskeisiä piirteitä tarkasteltujen maiden
lastenpäivähoitojärjestelmiä kuvaavista tekijöistä.

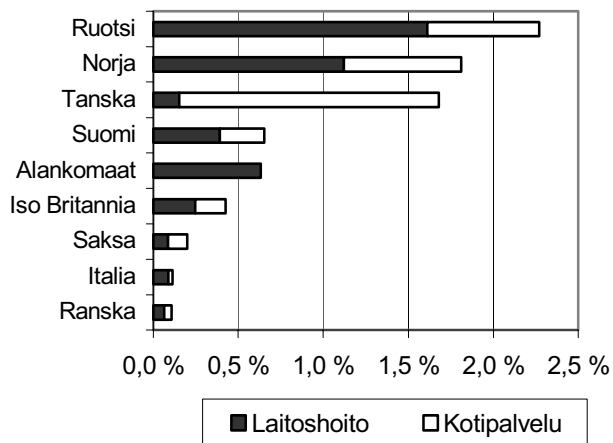
4.2 Vanhusten pitkäaikaishoito

Euroopan demografisen rakenteen ja väestön pidentyneen eliniän seurauksena
pitkäaikaishoitoon tarvittavat panostukset ovat merkittävässä kasvussa. Useas-
sa maassa onkin etsitty uusia tapoja rahoittaa kasvavat pitkäaikaishoidon kus-
tannukset. Hoito koostuu sekä perinteisistä terveydenhuollon että sosiaalihuol-
lon palveluista, eikä kaikissa tilanteissa ole selvää mikä taho on vastuussa
pitkäaikaishoidosta. Useissa maissa on viime aikoina tehty pitkäaikaishoidon
työnjakoa selkeyttäviä uudistuksia, esimerkiksi Tanskassa ja Ruotsissa, joissa
1990-luvulla hoitovastuu siirrettiin kokonaan kuntien sosiaalitoimelle. Alan-
komaissa pitkäaikaishoito on taas perinteisesti ollut osa keskitettyä vakuutus-
pohjaista terveydenhuoltojärjestelmää.

Julkisen pitkäaikaishoidon tarpeeseen vaikuttaa erityisesti saatavissa oleva
epämuodollinen hoito. Käsitys siitä, missä vaiheessa vanhuksen hoitovelvolli-
suus siirtyy perheeltä yhteisölle, kunnalle vaihtelee maasta toiseen merkittä-
västi. Keski- ja Etelä-Euroopassa on perinteisesti ollut perheen tai suvun nais-
ten velvollisuus hoitaa iäkkäitä lähimmäisiään, joten julkisen hoidon tarve on
ollut paljon Pohjoismaita vähäisempää. Naisten kodinulkopuolisen työskente-
lyn lisääntyessä ja väestörakenteen sekä sosiaalisten asenteiden muuttuessa
muodollisen/virallisen/järjestetyn hoidon tarve tulee kuitenkin lisääntymään
myös Manner-Euroopassa. Samalla hoidon kustannukset yhteiskunnalle kas-
vavat. Tulevaisuuden kustannuksiin vaikuttaa oleellisesti myös vanhusten

kunto ja määrä sekä hoidon hinta. Koska vanhuspalvelut ovat työintensiivisiä, on oletettavaa, että hoidon suhteellinen hinta tulee entisestään nousemaan.

Kuvio 2. Julkisten vanhuspalvelumenojen osuus BKT:sta 2001



Lähde: OECD (2004) SOCX

panostukset vaihtelevat. Tanskan osalta huomio kiinnittyy erittäin suureen kotihoidon osuuteen, joka on vallitsevan politiikan keskeinen tavoite. Myös monissa muissa maissa on huomattu, että on edullisempaa tukea kotona annettavaa niin julkista kuin epämuodollistakin hoitoa ja kotona annettavan julkisen hoidon osuus on kasvamassa kaikkialla. Tyypillisimpiä muotoja tästä ovat ateriapalvelu ja kotisairaanhoito. Kuitenkin maittaiset erot kotihoidossa ovat edelleen merkittävät: Saksassa, Itävallassa, Italiassa ja Espanjassa alle 5 prosenttia ikäväestöstä saa kotihoitoa, kun taas kaikissa Pohjoismaissa vastaava osuus on yli 10 prosenttia (OECD 1996). Sairaalassa annetun pitkäaikaishoidon osuus on sen sijaan vähentynyt yleiseurooppalaisesti ja tilalle on tullut erilaisia hoitokoteja ym. hoivamuotoja.

Vanhusten pitkäaikaishoidon luonne yksilöllisiin tarpeisiin räätälöitynä palvelukokonaisuutena asettaa haasteita palvelujen tuottajille. Usein on esitetty, että kokonaisuuden kannalta on selkeämpää tukea hoitoa tarvitsevia rahalla tai erilaisilla palveluseteleillä kuin palveluita tarjoamalla. Toisaalta on selvää, että useimmilla hoitoa tarvitsevilla ei ole enää riittäviä kykyjä tehdä valintoja itselleen parhaiten sopivista palveluista. Esimerkiksi Isossa Britanniassa kokeiltiin 1990-luvulla palveluseteleitä vanhuspalveluiden osalta, mutta kokeilusta luovuttiin kustannusten merkittävän kasvun takia.

Vanhuspalvelut rahoitetaan karkeasti luokitellen verorahoin, säästöillä, julkisella tai yksityisellä vakuutuksella. Yleensä järjestelmässä on piirteitä useammasta. Rahoitusmuodon takana on kysymys, kuka kantaa riskin pitkäaikaissairaudesta: perhe/yksilö, vakuutetut, kunta vai valtio. Vakuutus on ideologisesti selkeä tapaa jakaa riski ryhmällä, mutta sen hinnoittelu on vaikeaa. Vakuutusjärjestelmässä etuna on mahdollisuus rahastoida maksut, jolloin jokainen su-

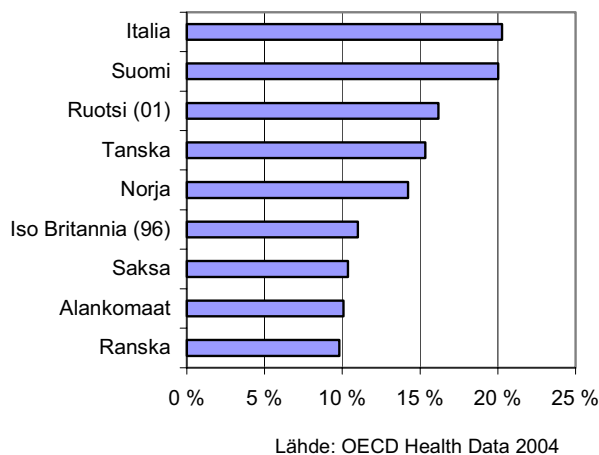
Viereisessä kuviossa 2 on kuvattu OECD:n mukaisia julkisten vanhuspalveluiden kustannuksia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Laitospalvelut käsittää hoitolaitoksille annetut tuet ja hoitolaitoksista julkiselle sektorille koituvat menot. Mukaan ei ole laskettu terveydenhuoltomenoja. Kotihoito tarkoittaa kotona annettavaa apua ja apua muissa jokapäiväisissä asioissa. Kuvioista nähdään, kuinka merkittävästi

kupolvi olisi vastuussa itsestään. Valtion rooli voi vaihdella ohjailusta ja rajoittamisesta järjestelmän rahoittajaan ja tuottajaan.

Yksilölle ja perheelle koituvat kustannukset pitkäaikaissairaudesta ovat dramaattisesti erilaiset vertailluissa maissa. Tanskassa tavoite on, että sairastuneelle koituu mahdollisimman vähän kuluja hänen tilastaan ja asiakas maksaa samoista asioista kuin ennen sairastumistaan eli asumisesta ja ruuasta. Iso-Britanniassa ja Saksassa sen sijaan sairastuminen tarkoittaa käytännössä omaisten sitomista minimaalisella korvauksella hoivatyöhön. Vertailluista maista kaikissa Pohjoismaissa ja Britanniassa julkisesta pitkäaikaishoidosta vastaavat kunnat. Saksassa ja Alankomaissa vastuu on kansallisella tasolla ja rahoitus tulee pakollisen vakuutuksen kautta.

4.3 Kotitaloudet terveydenhuollon kokonaismenojen rahoittajina

Kuvio 3. Kotitalouksien maksuosuus terveydenhuollon kokonaismenoista 2002



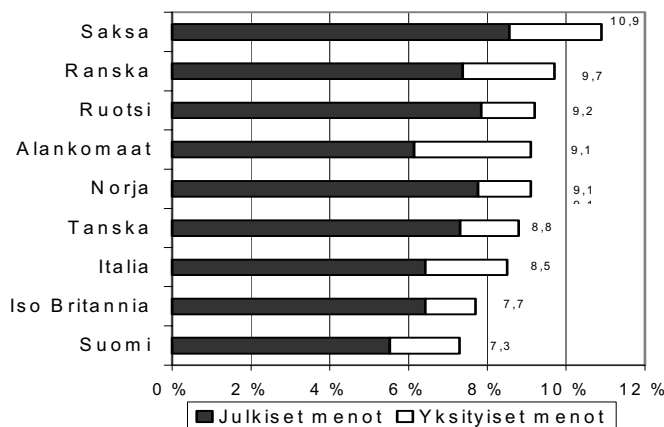
Tarkastelluissa maissa, kuten OECD-alueella yleensäkin, terveysten palveluiden pääasiallinen rahoitus tapahtuu verotuksen tai vakuutuksen kautta. Kotitalouksien osuus rahoituksessa on yleensä vähäinen. Maksujen käyttöä on perusteltu yleensä palvelujen käytön ohjauksen kannalta, mutta maksujen osuus rahoituksesta on lisääntynyt viime aikoina kaikkialla Euroopassa. Kuviossa 3⁹ on esitetty kotitalouksien osuudet terveydenhuollon rahoituksesta. Toisaalta terveysten palvelujen käyttö on vain

pieneltä osalta kiinni asiakkaan omista valinnoista ja kalliimpiin hoitoihin pääsy on yleensä kiinni lääkäristä ei potilaasta. Täten asiakasmaksujen olemassa olo ei välttämättä ole perusteltua edes käytön rajoittamisen näkökulmasta. Kohtaannoltaan asiakasmaksut ovat regressiivisiä, sillä ne kohdistuvat selkeästi kaikkein köyhimpiin ja sairaimpiin. Terveydenhuollon asiakasmaksujen vaikutuksia palvelujen käyttöön on tutkittu kansainvälisesti vielä verrattain vähän.

⁹ Kuviossa 3 Suomen tietoon sisältyy myös sairausvakuutuksen omavastuuosuus. Suomessa kuntasektorin osuus kotitalouksien terveydenhuoltoon käyttämistä rahoista on 27 % (2001).

Terveydenhuollon tekninen kehitys on ollut nopeaa, ja se on tuonut mukanaan alati kasvavat kustannukset. Tällä hetkellä terveystenonjen keskimääräinen osuus bruttokansantuotteesta on noin 8 prosenttia OECD:n alueella. Kuviossa on esitetty suhteellisia osuuksia tarkemmin. Suomessa on terveystenonjen suhteellinen ja absoluuttinen taso onnistuttu pitämään kansainvälisesti matalana.

Kuvio 4. Terveystenonjen osuus BKT:sta 2002



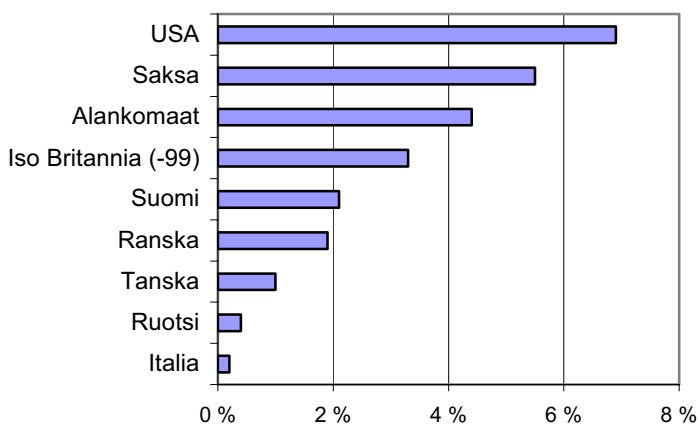
Lähde: OECD (2004) Health Data

Hallinnolliset kustannukset maksujärjestelmästä lukuisine poikkeuksineen ovat yleensä varsin merkittävät. Kuviossa 5 on esitetty kaikkien hallintomenonjen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista vuodelta 2002. On selvää, että monimutkaiset maksujärjestelyt näkyvät luvuissa. Kuvion 5 hallintomenot ovat julkisten terveydenhuolto-organisaatioiden ja yksityisten

vakuutuslaitosten kuluja, jotka ovat muodostuneet mm. suunnittelusta, hallinnosta, sääntelystä, valitusten käsittelystä ja vakuutusmaksujen rahastoinnista. Kuvioista näyttäisi käyvän ilmi, että yleensä vakuutuspainotteisissa järjestelmissä hallintokulut ovat suuremmat kuin verorahoitteisissa järjestelmissä.

Jonkinlaisia terveydenhuollon asiakasmaksuja on käytössä kaikissa EU-maissa (ja myös Norjassa). Kaikissa maissa asiakas joutuu osallistumaan kustannuksiin lääkkeiden ja hammashoidon osalta. Toisaalta lääkkeitä aiheutuvia kustannuksia myös korvataan kaikissa EU-maissa. EU-maita yhdistää myös lapsille annettut alennukset asiakasmaksuissa.

Kuvio 5. Terveydenhuollon hallintamenonjen %-osuus kokonaismenoista 2002



Lähde: OECD (2004) Health

Alennuksiin oikeutettuja ryhmiä ovat usein mm. sotaveteraanit, raskaana olevat, pienituloiset, kroonisesti sairast ja eläkeläiset. Verorahoitteisissa järjestelmissä on asiakasmaksujen käyttö keskimäärin harvinaisempaa. Suomi,

Ruotsi, Norja ja Irlanti ovat kuitenkin poikkeuksia tästä, sillä niissä peritään käyntikohtainen maksu myös yleislääkärikäynnistä.

Vuodeosastohoidon maksut ovat yleensä luonteeltaan omavastuumaksuja, joissa asiakas maksaa kiinteän summan hoitopäivien mukaan. Maksut vaihtelevat EU:ssa Ruotsin, Ranskan ja Saksan noin 5-10 €:sta Suomen ja Irlannin 26-65 €:on. Korkeita käyttömaksuja rajataan yleensä maksukatoilla. Sairaanhoidon maksukatot vaihtelevat Euroopassa Ruotsin alle 100 eurosta Suomen noin 600 euroon. Ruotsissa yksittäiset asiakasmaksut vaihtelevat maan eri osissa, koska tulosidonnaisia laitoshoidon maksuja lukuun ottamatta maksuista päättävät maakäräjät.

Liitetaulukkoon 2 (s. 182) on koottu vertailtujen maiden terveydenhuoltopalveluiden asiakasmaksujen keskeisiä piirteitä.

5 MAKSUJÄRJESTELMÄN LÄHTÖKOHDAT

5.1 Sosiaali- ja terveystalitiikan tavoitteet

Suomen sosiaali- ja terveystalitiikka on nojautunut pohjoismaisen hyvinvointivaltion yleisille periaatteille. Näistä lähtökohdista sosiaalisen turvallisuuden nähdään perustuvan siihen, että koko yhteiskuntapolitiikka edistää myös sosiaalisten tavoitteiden saavuttamista. Tällöin veropolitiikassa, koulutuspolitiikassa, asuntopolitiikassa, terveystalitiikassa jne. pidetään tärkeänä ihmisten kaikinpuolisen hyvinvoinnin tukemista.

Sosiaaliturvapolitiikan lähtökohtana on kohdistaa tarpeellisia ja riittäviä tukitoimia, ohjausta ja palveluja eri elämäntilanteessa olevien ihmisten sosiaalisen hyvinvoinnin takaamiseksi. Sosiaaliturvapolitiikalla ja palveluilla tuetaan ihmisten työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta ja hyvinvointia eri elämänvaiheissa. Sen avulla taataan yhteiskunnan tasapainoinen kehitys ja toimivuus. Suomalainen järjestelmä perustuu pääosin verorahoitteisiin palveluihin ja julkisen sektorin ja työntekijöiden rahoittamiin vakuutusperusteisiin järjestelmiin.

Sosiaali- ja terveystaliteiden kehittämisen pohjana on edelleen ensisijaisesti verorahoitteinen kunnallinen palvelujärjestelmä, jonka tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä työn laatua pyritään parantamaan. Pohjoismaainen, universaali sosiaalipolitiikkamalli on säilyttänyt melko hyvin toimivuutensa. Syvä talouslama 1990-luvulla osoitti, että sosiaaliturvamme toimii hyvin myös laman aikana ja se kykeni pehmentämään laman kovimpia vaikutuksia.

Suomen terveystalitiikan tavoitteena on pidentää ihmisten tervettä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata jokaiselle mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja ja ennenaikaista kuolleisuutta. Näiden erojen vähentämiseen pyritään terveitä elämäntapoja edistämällä ja ehkäisemällä sairauksia. Erityistä huomiota kiinnitetään tällöin sairaimpiin väestöryhmiin. Tärkeänä pidetään terveyden ottamista päätöksenteon perustaksi muilla hallinnonaloilla - terveyden on oltava osa yhteiskuntapolitiikkaa.

Terveydenhuollon perustana on ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavissa olevat terveystaliteet. Tavoitteena on psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen – terveydelle on luotava pohja riittävän varhain. Terveystalitiikassa painotetaan toimivaa perusterveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon oikeaa työnjakoa, avo- ja laitoshoidon oikeaa suhdetta sekä ympäristöterveyden parantamista. Hyvin monilla yhteiskunnan eri toiminnollilla on vaikutuksia väestön terveyteen ja sen jakautumiseen. Terveydenhuolto on avainasemassa ihmisten sairastuessa, minkä lisäksi ehkäisevillä ja terveyttä

edistävillä toimenpiteillä on merkitystä. Terveysteen vaikutetaan kuitenkin merkittävästi terveydenhuollon ulkopuolella tapahtuvilla ratkaisilla, toiminnalla ja kehityksellä.

Kotimaisten ja kansainvälisten arvioiden mukaan Suomen terveystpolitiikka on toteutunut valittujen toimintalinjojen mukaisesti. Väestön terveydentila on parantunut, mutta väestöryhmien välillä on edelleen terveyseroja. Myös palvelujen alueelliset ja sisällölliset erot asettavat haasteita terveystpolitiikalle.

Asiakkaan asema ja palvelujen laatu määritelty

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan asema on määritelty laissa. Lakia täydentävät hoitosuositukset, joiden avulla varmistetaan asianmukainen hoito ja hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa. Kansallisia Käypä hoito -suosituksia on laadittu useiden tautien hoitoon ja laatusuosituksia on mielen-terveyspalveluille, päihdepalveluille, vanhuspalveluille, apuvälinepalveluille, kouluterveydenhuollolle sekä vammaisten asumis- ja palveluille.

Avaimena monipuoliset palvelut

Kuntien on järjestettävä asukkailleen sosiaali- ja terveyspalvelut. Ne voivat tuottaa palvelut itse tai yhteistyössä naapurikuntien kanssa. Kunta voi myös ostaa palvelut toiselta kunnalta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta. Valtio tukee palvelujen järjestämistä maksamalla kunnille valtionosuutta. Palvelujen sisältöä ei kaikilta osin määritellä yksityiskohtaisesti laissa, joten kuntien palveluissa voi olla eroja. Laissa määritellään kuitenkin tietyt peruspalvelut, jotka kaikkien kuntien on järjestettävä.

Yksityiset ja järjestöjen tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät kunnallisia palveluja ja tarjoavat niille vaihtoehtoja.

Palveluihin toimivat ohjausmallit

Valtio ohjaa kuntia ja muita palvelujen tuottajia informaatio-ohjauksella asettamalla palveluille määrällisiä ja laadullisia tavoitteita, antamalla suosituksia sekä tuottamalla tietoa ja toimintamalleja paikallisen toiminnan tueksi. Keskeisiä sosiaali- ja terveystpolitiikan tavoitteita ovat väestön terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä yksilön ja perheiden elämänthallinnan, työ- ja toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisäämiseen ja tehostamiseen erityisesti alueellisella tasolla on kiinnitetty paljon huomiota viime vuosina. Kansallisen terveyshankkeen tavoitteena on väestön tarpeista lähtevä hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asiakkaan maksukyvyistä riippumatta. Lisäksi perusterveydenhuollon asemaa vahvistetaan. Sosiaalialan kehittämis-

hankkeen avulla korjataan sosiaalipalvelujen puutteita muun muassa vanhusväestön sekä lasten ja perheiden palveluissa.

Valtio voi käyttää myös säädös- tai resurssiohjausta, jos kunnat eivät ole järjestäneet riittäviä palveluja kohtuullisessa ajassa, tai jos väestön mahdollisuudet saada lakisääteisiä sosiaali- ja terveystalvveluja eivät toteudu. Jälkikäteisvalvonnalla ehkäistään ja korjataan palvelujen sisällössä ja laadussa olevia puutteita ja virheitä.

Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon alueellisessa yhteistyössä pyritään saumattomiin palveluketjuihin, kansallisiin hoito- ja laatusuosituksiin perustuviin hoitokäytäntöihin ja kattaviin alueellisiin tietojärjestelmiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ja koordinoi

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ja seuraa ja ohjaa sen toteuttamista. Ministeriö valmistelee myös nelivuotisen vaalikauden käsittävän sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO), jonka valtioneuvosto hyväksyy. Ohjelmaan sisältyy valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista, joka tarkistetaan vuosittain valtion talousarvion hyväksymisen yhteydessä.

Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimien valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeiden (kts. luku 3.4.7) keskeisenä tavoitteena on turvata kansalaisten tarpeiden mukaisten sosiaali- ja terveystalvvelujen saaminen maan eri puolilla myös tulevaisuudessa. Keinoina ovat palvelujen laadun edelleen kehittäminen, palvelujen saannin perusteissa olevien erojen vähentäminen sekä alan henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen.

5.2 Sosiaali- ja terveystalvvelujen verorahoitteisuus

Kuntien tulee järjestää riittävät, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut kohtuullisella hinnalla tai maksutta kuntalaisille heidän sosiaalisesta asemasta riippumatta. Kunnallisten sosiaali- ja terveystalvvelujen on oltava kansalaisten saatavilla tasa-arvoisesti. Sosiaali- ja terveystalvvelupolitiikan yleisten tavoitteiden toteuttamiseksi kaikkien kansalaisten saataville on tarvittavat palvelut ollut tarkoituksenmukaisinta järjestää julkishallinnon toimesta ja pääosin rahoittaa ne verovaroin. Suomessa jo pitkään noudatetun periaatteen mukaisesti on pidetty tarkoituksenmukaisena, että kunnat järjestävät julkiset sosiaali- ja terveystalvvelut.

Kansantalouden näkökulmasta kunnan järjestämisvastuuseen ja edustukselliseen demokratiaan perustuvat julkiset palvelut ovat kansainvälisesti vertaillen

osoittautuneet myös taloudelliseksi ja tehokkaaksi tavaksi järjestää väestön tarvitsema sosiaali- ja terveydenhuolto.

5.3 Kunnallinen itsehallinto

Kuntien itsehallinto on turvattu Suomen perustuslaissa (121 §). Asukkaat valitsevat kunnallisvaaleilla joka neljäs vuosi valtuuston, joka päättää kunnan asioista. Valtuusto vastaa kunnan taloudesta ja toiminnasta. Kunnanhallitus, jonka valtuusto nimittää, vastaa kunnan hallinnon ja taloudenhoidon käytännön sujumisesta, valmistelee valtuustoasiat, valvoo kunnan etua sekä edustaa kuntaa. Kunnanvaltuusto valitsee kunnanjohtajan, joka toimii hallituksen alaisena. Kunnissa lautakunnat eivät ole pakollisia, mutta käytännössä jokaisessa kunnassa on asetettu luottamushenkilöistä koostuvia lautakuntia.

Kuntalain 1 §:n mukaan kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä alueellansa. Kunnilla on keskeinen rooli hyvinvointiyhteiskunnan toimijana ja ne kantavat vastuun keskeisten hyvinvointipalveluiden järjestämisestä.

Perustuslaissa säädettyyn kunnalliseen itsehallintoon kuuluu myös kuntien oikeus päättää taloudestaan. Perustuslaissa on täsmennetty itsehallinnon keskeisiä piirteitä säätämällä kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kuntien verotusoikeudesta. Perustuslain mukaan kunnille annettavista uusista tehtävistä on säädettävä lailla. Tehtävistä säädettäessä on myös huolehdittava siitä, että kunnilla on edellytykset suoriutua tehtävistään.

Perustuslaki ei sisällä nimenomaisia, kuntien maksuja koskevia säännöksiä. Eduskunnan perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä ja oikeuskirjallisuudessa on jossain määrin selvennetty kunnallisten maksujen perustuslakikäytäntöjä. Ennen uuden perustuslain voimaantuloa perustuslakivaliokunta on todennut (PeVL 8/1999), ettei perustuslain säännöksistä voidaan suoraan päätellä, miten kunnallisista maksuista pitää säätää. Mainittu lausunto liittyy kunnallisen maksukaton säätämiseen. Valiokunta kannanotossaan toteaa, että maksukaton asettaminen johtaa kuntien tulojen vähenemiseen ja sitä kautta kuntien mahdollisuuteen päättää itsenäisesti taloudestaan. Toisaalta perusoikeussäännöksistä seuraa, etteivät asiakasmaksut saa suuruutensa vuoksi siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin.

Vaatimukselle säätää kunnallisista maksuista lain tasolla on siten osoitettavissa perustuslaista johtuvia perusteita. Tällainen peruste voi olla kuntien itsehallinnon perustuslainsuojassa taikka maksujen perusoikeuskytkennässä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut kytkeytyvät julkisen vallan velvoitteen huolehtia riittävästä sosiaali- ja terveystaloudesta. Perustuslakivaliokunnan käytännössä on katsottu, että kaikista perusoikeuksien toteutumisen kannalta keskeisistä kysymyksistä on säädettävä lailla. Edelleen on kuitenkin

mahdollista antaa asetuksella lainsäännöksiä täsmentäviä säännöksiä. Lailla tulisi kuitenkin säätää suoritteiden maksullisuudesta ja maksujen suuruuden yleisistä perusteista.

Vuodesta 1993 käytössä ollut maksujärjestelmä on mahdollistanut kunnille harkintavallan päättää järjestämiensä sosiaali- ja terveyspalvelujen maksuista. Yleisrajoituksena on periaate, että palvelun käyttäjältä perittävä maksu ei saa ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Kuntien liikkumavapautta päättää maksuista on rajoitettu asiakasmaksulain ja –asetuksen säännöksillä koskien laissa säädettyjä maksuttomia sosiaali- ja terveyspalveluja sekä lakiin ja –asetuksessa säädettyjä palveluista perittävien maksujen enimmäismäärää.

Sosiaali- ja terveyspalvelut on säädetty kuntien tehtäväksi. Siten perustuslain 19 §:n 3 momentin vaatimus riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaamisesta kohdistuu myös kuntiin. Palvelujen riittävyden määrittelyssä perusoikeusudistuksen esitoissa asetettiin lähtökohdaksi taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Selvää on, että palvelutason riittävyttä arvioitaessa on kiinnitettävä myös huomiota myös palveluista perittäviin maksuihin. Julkisen vallan velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut on ymmärrettävä siten, että asiakasmaksut eivät saa siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin ja johtaa siihen, että nämä joutuvat turvautumaan perustuslain 19 §:n 1 momenttia toteuttaviin viimesijaisiin tukimuotoihin (ks. PeVL 39/1996). Siten perustuslain 19 §:n 3 momentin vaatimus palvelujen riittävästä saatavuudesta voi asettaa reunaehdoja kuntien harkintavallalle niiden päättäessä palveluista perittävistä maksuista. Säännöksellä ei liene suurta merkitystä kunnan harkintavaltaan päätettäessä yksittäisestä palvelusta perittävästä maksusta etenkin tilanteessa, jos maksun enimmäismäärästä on säädetty asiakasmaksulaissa tai –asetuksessa taikka maksu kuuluu kunnallisen maksukaton piiriin.

5.4 Maksujen merkitys palvelujen rahoituksessa ja palvelujen käytön ohjauksessa

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjältä perittävillä maksuilla on kaksi keskeistä tavoitetta: rahoituksellinen eli maksutulojen kerääminen palveluista aiheutuvien kustannusten kattamiseksi ja palvelujen käytön ohjaaminen. Pääosin verorahoitteisessa järjestelmässä maksuin voidaan kohdentaa osa palvelun kustannusvastuusta suoraan käyttäjälle. Maksujen vaikutus riippuu palvelujen hinnan ja käytön välisestä yhteydestä. Jos maksujen korotuksilla ei ole suurta vaikutusta palvelujen käyttöön, on korotuksilla mahdollista saada lisärahoitusta. Mikäli maksuilla on vaikutusta palvelujen käyttöön, maksujen korotukset voivat tehokkaasti rajoittaa palvelujen käyttöä eikä korotuksilla ole tällöin mahdollisuutta hankkia lisärahoitusta palvelujen tuottamiseen. Vastaa-

vasti maksujen alennukset voivat vaikuttaa päinvastaisesti, jolloin palvelujen käyttö ja kustannukset kasvavat.

Asiakasmaksujen ohjaustavoite voi liittyä joko kustannusten rajoittamiseen tai tietynlaisen palvelun käytön lisäämiseen (lääketieteellisesti tarpeelliset vs. ”tarpeettomat” käynnit). Vaikka asiakasmaksuilla ei olisi vaikutusta palvelujen käytön kokonaismäärään, maksujen keskinäinen taso voi ohjata käytön suuntautumiseen erilaisiin palveluihin. Toistaiseksi on hyvin vähän tutkittu sitä, millä tavalla maksut vaikuttavat erilaisten korvaavien palvelujen käyttöön. Esimerkiksi hoitotakuuta koskevilla lainsäädäntömuutoksilla ohjataan palvelujen käyttöä (mm. puhelinohjaus ja työjakokysymykset). Toteutetuilla muutoksilla voitaneen maksuja tehokkaammin ohjata asiakas oikean ammattihenkilön luokse.

Ohjausvaikutus riippuu maksun vaikutuksesta palvelun kokonaiskäyttöön (hintajousto) ja korvaavien palvelujen kysyntään (ristijousto) (esim. kotihoidon maksujen muutoksen vaikutus laitospalvelujen kysyntään ja laitoshoidon maksujen muutoksen vaikutus kotihoidon kysyntään). Eri tutkimusten mukaan hinta vaikuttaa heikosti terveys palvelujen käyttöön (kysyntään). Terveystieteiden tutkimusten mukaan maksujen korottaminen 10 prosentilla vähentää palvelujen käyttöä 2-3 %¹⁰. Voitaneenkin olettaa, että vasta tuntuvammilla maksumuutoksilla olisi merkitystä palvelujen käytön kannalta. Vaikka tutkimustietoa maksumuutosten vaikutuksista korvaavien palvelujen käyttöön on niukasti, voidaan olettaa, että palvelujen hintasuhteiden muuttuminen olennaisesti voi ohjata käyttöä korvaavien palvelujen kesken. Ohjausvaikutusta arvioitaessa on otettava huomioon myös se, että tarjontavetoisessa järjestelmässä kustannusten nousulla ei ole todennäköisesti vaikutusta palvelujen kysyntään. Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella näyttää siltä, että palvelusta perittävä hinta ei ole palvelujen käytön kannalta ratkaiseva.

Maksujen rahoitus- ja ohjaustavoitteen toteuttamiselle asettaa osaltansa rajoituksen myös sosiaalisen oikeudenmukaisuuden vaatimus. Sosiaalista oikeudenmukaisuutta voidaan toteuttaa jossain määrin tulosidonnaisilla maksuilla, maksujen perusteena olevilla tulorajoilla ja asettamalla enimmäismääriä maksuille.

Asiakasmaksujen tulisi ohjata palvelujen tarvitsijat käyttämään heidän tarvitsemiaan oikeanlaatuisia palveluja oikeanaikaisesti. Toisaalta palvelun käyttäjältä perittävän maksun tulisi seurata palvelujen tuottamisesta aiheutuvien kustannusten kehitystä ja palvelujen käyttäjän ansiotasossa tapahtuvaa muutosta. Asiakasmaksujen korotuksilla ei tulisi automaattisesti tasata esimerkiksi

¹⁰ Klavus, J. – Pekurinen, M. - Järvelin, J. – Mikkola, H: Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa, Kansantaloudellinen aikakausikirja – 100. vsk. – 4/2004.

verolainsäädännössä toteutettavista muutoksista (esim. verojen kevennys) kunnille aiheutuvia tulojen menetyksiä.

Asiakasmaksujen merkitystä arvioitaessa on otettava huomioon myös se, että asiakasmaksut ovat osa kuntatalouden kokonaisuutta.

5.5 Sosiaalinen oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus ja tasa-arvo

Suomessa viime vuosikymmeninä harjoitetun hyvinvointipolitiikan tavoitteena on hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen ja vahvistaminen. Hyvinvointipolitiikalla ja julkisen vallan toiminnalla on pyritty poistamaan yhteiskunnallista eriarvoisuutta eri elämäntilanteiden ja –vaiheiden sekä ihmisten välillä sekä turvaamaan yksilöiden jokapäiväinen toiminta myös riskitilanteissa. Verorahoitteisissa järjestelmissä asiakasmaksujen käyttöönotto tai asiakasmaksujen määrän korottaminen siirtävät vastuuta kustannuksista veroja maksavilta niille, jotka käyttävät palveluita.

Kunnallinen palvelujärjestelmä osana kunnallista demokratiaa pystyy parhaiten turvaamaan paikallisesti tarkoituksenmukaisimmat palvelut, jotka ovat sosiaalisesti oikeudenmukaisesti järjestetyt ja kattavat. Lisäksi kunnalliset palvelut takaavat tasa-arvon ja oikeusturvan.

Voimassa oleva maksujärjestelmä mahdollistaa kunnallisen harkintavallan maksujen määrittämisessä asiakasmaksulaissa ja –asetuksessa säädettyjen enimmäismäärien ja muiden perusteiden puitteissa. Kuntien on kuitenkin toiminnassaan otettava harkintavallan rajoitusperiaatteena huomioon perustuslain 6 §:ään sisältyvä yhdenvertaisuusperiaate ja syrjintäkielto. Säännös ei kuitenkaan estä muodollisesta yhdenvertaisuudesta poikkeamista tai jonkin ryhmän positiivista erityiskohtelua hyväksyttävän syyn perusteella pyrittäessä tosiasialliseen tasa-arvoon. Kunnan on esimerkiksi maksuja porrastaessa eri ryhmien osalta otettava huomioon, että maksujen porrastamisessa käytettävien kriteerien tulee olla syrjintäkieltosäännöksen tarkoittamalla tavalla hyväksyttäviä. Sitä vastoin 6 §:n vaikutus kunnan harkintavallan rajausperusteena verrattaessa kunnan asettamien palvelumaksujen tasoa muiden kuntien vastaaviin palvelumaksuihin voidaan arvioida vähäisemmäksi. Maksujärjestelmään jätetty liikumisvapaus mahdollistaa kuntakohtaiset erot asiakasmaksuissa.

Laajuus, jolla maksut voivat vastata palvelujen rahoituksesta, on sidoksissa kansalaisten maksukykyyn. Pienituloisimmat henkilöt, kuten esimerkiksi työmarkkinatuen, peruspäivärahojen ja pienten eläkkeiden varassa elävät henkilöt voivat joutua maksukyvyttömyytensä vuoksi usein hakemaan maksujen alentamista tai poistamista, vaikka useat varsinkin terveydenhuollon tasamaksut on mitoitettu niin, että ainakaan satunnaiskäytöstä ei pitäisi seurata tarvetta hakea toimeentulo-

tukea. Myös maksukatto tasaa paljon kunnallisia sairaanhoitopalveluja käyttävien maksurasitusta. Jatkuvasta ja säännöllisestä palvelujen käytöstä maksu määräytyy palvelun käyttäjän maksukyvyn mukaan.

Kotitalouksien rahoitusosuus on Suomessa eurooppalaisen mittapuun mukaan korkea erityisesti terveydenhuollossa. Eri maiden vertailtavuutta kuitenkin heikentää järjestelmien eroavuudet esimerkiksi sen suhteen, miten laajasti yhteiskunta vastaa hoivasta.

Maksujen suuruutta arvioitaessa on otettava huomioon perustuslain säännös, jonka mukaan jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Julkisista palveluista perittävien maksujen suuruus ei saa olla estää mahdollisuutta käyttää näitä palveluita. Maksujen enimmäismäärällä, kunnan mahdollisuudella luopua maksun perimisestä yksittäistapauksessa ja maksukatoilla voidaan tarvittaessa turvata kaikille mahdollisuus tarvitsemiensa palvelujen käyttöön taloudellisesta asemasta riippumatta. Palvelua ei voida kieltää myöskään henkilön maksukyvyttömyyden johdosta.

5.6 Maksusäännösten selkeys ja ymmärrettävyys

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmä tulee olla selkeä, ymmärrettävä ja perusteiltaan läpinäkyvä niin maksujärjestelmää toteuttavan kunnan kuin palvelun käyttäjän näkökulmasta. Selkeä ja ymmärrettävä maksujärjestelmä on asiakkaiden oikeusturvan perusta ja luo edellytykset asiakkaiden oikeudenmukaiselle ja yhdenvertaiselle kohtelulle. Tällainen järjestelmä vähentäisi asiakkaiden tarvetta saattaa säännösten tulkinnan oikeellisuus muutoksenhakujärjestelmän ratkaistavaksi sekä helpottaisi hallinto-oikeuksien työtä ja selkeyttäisi ratkaisukäytäntöä. Erityisesti tulosidonnaisten maksujen määräytymisperusteet tulisi olla mahdollisimman yhdenmukaisia sekä kunnan viranomaisten ja asiakkaiden näkökulmasta ymmärrettäviä ja kattavia.

6 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN MAKSUJÄRJESTELMÄN ONGELMAT JA KEHITTÄMISTARPEET

6.1 Maksujärjestelmän peruslinjaukset

Nykyinen maksujärjestelmä uudistettiin vuonna 1993. Voimassa olevan maksujärjestelmän mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista voidaan periä maksu palvelujen käyttäjältä, jollei palvelua ole laissa säädetty maksuttomaksi. Yleisrajoituksena on periaate, että asiakkaalta perittävä maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Muutoin säädettyt asiakasmaksut ovat enimmäismäärisiä, minkä puitteissa kunta voi päättää maksujen suuruudesta ja niiden perimisestä tai perimättä jättämisestä. Maksujen enimmäismäärien sääntely lainsäädäntöteitse on perustunut ajatukseen, että kansalaisten hyvinvoinnin kannalta tarpeellisista peruspalvelujen järjestämisestä palvelujen käyttäjiltä saamalla tuloilla ei tulisi rahoittaa kunnan muita toimintoja. Tämän vuoksi palveluista perittävä maksu ei saa ylittää niiden tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Palvelujen tuottamisesta aiheutuvina kustannuksina otetaan huomioon toiminnan järjestämisestä aiheutuvat käyttö-kustannukset.

Asiakkaat maksavat myös vastaisuudessa maksuja käyttämistään palveluista. Asiakkaiden maksuilla ja omavastuilla tulee olla enimmäismäärä. Asiakkailta perittävät maksut ovat joko tasamaksuja tai tulosidonnaisia. Asiakasmaksut määräytyvät eri perustein palvelun luonteesta riippuen. Tulosidonnaisia maksuja käytetään silloin, kun palvelujen käyttö kestää pitkään, ja tasamaksuja satunnaisesti ja lyhytaikaisesti käytettävissä palveluissa. Lisäksi eräiden maksujen osalta ei ole tarkemmin säädetty maksun enimmäismääriä ja maksuperusteita, jolloin palvelun käyttäjältä voidaan periä kunnan päättämä enintään palvelujen tuottamiskustannusten suuruinen maksu.

Kunnallista palveluista perittävät maksut jäävät kokonaan kuntasektorin tuloksi eikä niillä ole vaikutusta kuntien saamiin valtionosuuksiin. Tämä ns. bruttoperiaate on ollut käytössä vuodesta 1993 lukien, kun aikaisemmin kuntien maksutulot vähensivät valtionosuuden määrää (nettoperiaate).

Asiakasmaksujen maksukertymä tulisi säilyttää vähintäänkin nykyisellä tasolla. Kuitenkin laajuus, jolla maksut voivat vastata palvelujen rahoituksesta, on sidoksissa kansalaisten maksukykyyn. Maksujen suuruutta arvioitaessa on myös otettava huomioon perustuslain säännös, jonka mukaan jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Toisaalta enimmäismaksuista säädettyä on myös arvioitava kunnallista itsehallintoa säätelevän perustuslain 121 §:n merkitys erityisesti siitä näkökulmasta, että palvelujen enim-

mäismaksun säätämisellä on vaikutuksia myös kunnan taloudelliseen päätösvaltaan.

Maksujärjestelmässä on otettava huomioon normaalisuuden ja yleisten palvelujen periaate siten, että maksut kohdistuvat kaikkiin palvelujenkäyttäjiin yhdenmukaisin perustein. Normaaliuden periaatteena voidaan esimerkiksi pitää sitä, että vammaiselle henkilölle tulee pyrkiä yleisten palvelujen ja tukitoimien kautta turvaamaan mahdollisuus päästä samaan asemaan muiden kanssa sekä toimia ikänsä, kehitystasonsa ja yksilöllisten kykyjensä mukaisesti yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Normaalisuusperiaatteen pitkälle menevä toteuttaminen voisi johtaa joidenkin vammais- tai potilasryhmien kohdalla tilanteeseen, jossa heidän nykyinen asemansa heikkenisi. Tällaisessa tilanteessa mahdolliset muutokset tulee toteuttaa asteittain ja ottaen huomioon nykyisten palvelujen piirissä olevien henkilöiden kyky sopeutua muuttuviin tilanteisiin.

Asiakasmaksulainsäädäntöön eri aikoina tehtyjen monien muutosten johdosta lainsäädännön rakenne on eriytynyt, järjestelmästä tullut monimutkainen ja vaikeasti ymmärrettävä. Tämä ilmenee esimerkiksi siten, että osassa palveluista maksujen enimmäismäärät on määriteltä laissa (maksukatto, päivahoito ja pitkäaikainen laitoshoido), vaikka pääosin enimmäismääriä koskevat säännökset sisältyvät asetukseen.

6.2 Terveysdenhuollon maksut

Terveysdenhuollon maksut ovat pääosin niin sanottuja tasamaksuja, joiden soveltamiskäytäntö on melko vakiintunutta. Maksusäännösten soveltamiseen ei siten liity laajalti vaikeita tulkintaongelmia. Kuitenkin voidaan todeta, että joidenkin maksusäännösten täsmentäminen helpottaisi niiden soveltamista ja tekisi maksusäännökset samalla selvemmiksi palvelujen käyttäjiksi. Lisäksi eräiden palvelujen maksuihin liittyy sellaisia periaatteellisia kysymyksiä, joiden osalta on tarpeen arvioida nykyisten maksuperusteiden asianmukaisuus niin kuntien kuin palvelujen käyttäjienkin näkökulmasta.

Terveysdenhuollon maksuja uudistettaessa on otettava huomioon myös OECD:n julkaisema raportti, jonka mukaan terveyspalvelujen käyttö on Suomessa hyvin epätasa-arvoista. Yhtenä syynä tähän on käyttäjälle maksuton työterveyshuolto kun saman aikaisesti työelämän ulkopuolella olevat joutuvat maksamaan lääkärissä käynneistä.

Ns. välikatot

Maksukaton käyttöönoton yhteydessä ei muutettu aiempia säännöksiä, jotka rajasivat vuotuiset maksut asetuksella säädettyyn maksimimäärään. Tällaisia välikatottoja on muun muassa terveyskeskuslääkärin käyntimaksu, sarjahoidon

maksu ja alle 18-vuotiaiden laitoshoidon maksu. Erityisesti kuntien taholta on todettu, että nämä välikatot hankaloittavat maksujen hallinnointia ja aiheuttavat lisätyötä. Sen vuoksi onkin esitetty, että vuotuisen maksukaton käyttöönoton jälkeen olisi perusteltua luopua näistä välikatoista, koska maksukatto varmistaa sen, että kunnallisista terveystalouksista aiheutuvat kustannukset eivät nouse kohtuuttoman korkeiksi.

Toisaalta voidaan todeta, että nykyiset välikatot rajaavat käyttäjän kannalta maksuja varsin tehokkaasti ja näin varmistavat sen, että maksut eivät muodostu palvelujen käytön esteeksi. Kun vuosikatto on nyt 590 euroa ja esimerkiksi sarjahoidossa vuotuiset maksut voivat nousta enimmillään 270 euroon ($45 \cdot 6 \text{ €}$), olisi hyppäys maksukaton mukaiseen 590 euroon esimerkiksi dialyysipotilaiden kohdalla huomattava. Samoin voidaan todeta, että alle 18-vuotiaan laitoshoidosta voi nyt tulla vuodessa enintään 182 euron kustannukset.

Terveyskeskusmaksut

Terveyskeskuksessa avosairaanhoidon lääkäri- ja sairaanhoitajien käynti on ollut maksullinen vuodesta 1993 lukien. Vaihtoehtona on kunnan tai kuntayhtymän päätöksen mukaisesti joko 22 euron vuosimaksu tai kolmelta ensimmäiseltä käynniltä 11 euron maksu, jonka jälkeiset käynnit ovat maksuttomat. Molemmissa vaihtoehtoisissa maksuja tarkastellaan terveystalouksittain. Niinpä kunnan terveystaloukseen suoritettu vuosimaksu ei oikeuta maksuttomiin käynteihin toisen kunnan tai kuntayhtymän terveystalouksessa.

Nykyisellään säännökset merkitsevät, että maksun perusteet vaihtelevat terveystalousten välillä. Lisäksi järjestelmää sotkee osittain se, että erikseen voidaan periä erilaisia päivystysaikaisia maksuja.

Kuten edellisessä kohdassa todettiin, ns. välikattojen poistaminen selkeyttäisi järjestelmää ja tekisi sen hallinnollisesti yksinkertaisemmaksi. Terveystalouksimaksuissa välikaton poistaminen voitaisiin toteuttaa käyttämällä välikaton sijasta joko vuosimaksua tai rajoittamatonta käyntikertakohtaista maksua. Pelkän vuosimaksun käyttöön ottaminen sinänsä turvaisi runsaasti perusterveydenhuollon lääkäripalveluja käyttävät henkilöt kohtuuttomalta maksurasitukselta. Välikatto poistuisi myös mallissa, jossa käytetään vain käyntimaksua. Yhdeltä käynniltä perittävä maksu tulee kuitenkin mitoittaa siten, että sen suuruus ei estä terveystalouksia tarvitsevaa henkilöä käyttämästä palveluja ja että paljon terveystalouksia käyttävän henkilön maksurasitus ei kasva kohtuuttoman suureksi.

Terveystalousten järjestämisestä yö- ja viikonloppupäivystyksestä on voinut periä erillisen maksun, joka samalla on korkeampi kuin tavanomainen lääkäri- ja sairaanhoitajien käynnin maksu. Lisäksi terveystalouksen itsensä järjestämän päivystystalouksen maksu poikkeaa yhdessä sairaalan kanssa järjestetyn päivystystalouksen yhtey-

dessä perittävästä maksusta. Erojen taustalla on ollut tavoite ohjata niin terveydenhuollon organisaatioiden kuin myös potilaiden toimintaa. Jatkossa tällaisia ohjaustarpeita ei enää liene muun muassa hoitotakuulainsäädännön tul-tua voimaan. Sen vuoksi selkeyden vuoksi olisi tarkoituksenmukaistaa yhte-näistää päivystysajan maksut.

Apuvälineet

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet ovat asiakasmaksulain 5 §:n 7 koh-dan mukaan maksuttomia. Maksuttomuus on perusteltua säilyttää jatkossakin. Eri yhteyksissä on kuitenkin noussut esiin täydellisen maksuttomuuden aiheut-tamia ongelmia, joita olisi tarpeen arvioida.

Monissa tapauksissa apuvälineen käyttö on lyhytaikaista ja samaa apuvälinettä voi käyttää usea henkilö. Tällaisissa tilanteissa olisi tarpeen, että apuväline palautetaan heti kun sen tarve päättyy. Näin ei useinkaan tapahdu, mikä aihe-uttaa runsaasti ylimääräisiä kustannuksia. Lainaksi saatujen apuvälineiden asianmukaista palauttamista voisi tehostaa huomattavasti ns. panttimaksu, joka palautettaisiin kun apuväline luovutetaan takaisin sen antaneelle terveyden-huollon toimintayksikölle. Panttimaksun käyttöönotto ei kuitenkaan saisi muodostua esteeksi tarpeellisen apuvälineen käyttöönotolle.

Joissain yksittäistapauksissa apuvälineet ovat rikkoutuneet apuvälineen käyttä-jän vakavan huolimattomuuden tai tahallisen menettelyn vuoksi. Näissä tilan-teissa olisi perusteltua, että rikkoutuneen apuvälineen korjaamisesta tai uuden hankkimisesta voitaisiin velottaa henkilöä, jonka menettelystä rikkoutuminen on tapahtunut.

Kolmas melko useinkin esille tuleva tilanne on syntyä silloin kun apuvälineen käyttäjä haluaisi saada tavanomaisesta poikkeavan apuvälineen esteettisten tai vastaavien syiden perusteella. Nykyisten säännösten voimassa ollessa on epä-selvää, voidaanko apuvälinettä hankittaessa toimia siten, että apuvälineen käyttäjä maksaisi itse lisähinnan joka aiheutuu tavanomaisesta poikkeava apu-välineen hankinnasta. Tilanne voi syntyä esimerkiksi hankittaessa silmälasit näönhuollon apuvälineenä.

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa on ollut jossain määrin epäselvyyttä palvelujen maksullisuuden osalta. Tämä on noussut esiin erityisesti opiskelija-terveydenhuollossa, jossa myös palvelujärjestelmässä on eroja yliopistojen ja muiden oppilaitosten välillä. Opiskelijaterveydenhuollon maksusäännökset tulisi selkeyttää ja samalla ottaa huomioon Ylioppilaiden terveydenhuoltosää-tiön järjestämät palvelut. Näitä kysymyksiä on käsitelty tarkemmin mm. sosi-aali- ja terveysministeriön asettaman Opiskelijaterveydenhuollon tavoitteiden

ja sisällön kehittämistyöryhmässä (STM työryhmämuistioita 2005:6). Lisäksi voidaan todeta, että Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö järjestää yliopisto-opiskelijoille opiskelijaterveydenhuollon kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 6 kohdassa olevan säännöksen perusteella. YTHS:n järjestämässä, kansanterveyslakiin perustuvassa toiminnassa potilailta perittävät maksut poikkeavat merkittävästi terveystieteiden järjestämässä opiskelijaterveydenhuollossa perittävistä maksuista ilman että siihen on nyt mitään säädöspohjaa.

Suun terveydenhuolto

Terveystieteiden järjestämän hammashuollon maksuja koskevat säännökset uudistettiin 1.7.2001. Tällöin maksujen määräämisessä ruvettiin soveltamaan Stakesin ylläpitämää suun terveydenhuollon toimenpideluokitusta, kun aikaisemmin sovellettiin Kansaneläkelaitoksen vahvistamia sairausvakuutuskoodeja. Uudistus mahdollisti yhtenäisen toimenpideluokituksen käytön niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla.

Suun ja hampaiden tutkimuksesta voidaan periä perusmaksuna enintään 7 euroa käynniltä. Erikoishammaslääkärin antamasta hoidosta voidaan kuitenkin periä perusmaksuna enintään 11 euroa käynniltä. Tämän lisäksi tutkimuksesta ja hoidosta voidaan periä hoidon vaativuuden mukaisesti maksuja 5 eurosta 45 euroon. Tilapäisestä kotisairaanhoidosta voidaan periä 11 euroa hammaslääkärin suorittamasta kotikäynnistä. Laitoshoidossa olevilla hammashoito sisältyy laitoshoidon maksuun silloin, kun kunnallisessa laitoshoidossa olevan hammashoito perustuu terveystieteiden vastaavan hammaslääkärin tekemään arvioon hoidon tarpeellisuudesta.

Yhteiskunnan tukeman hammashuollon ulottaminen koskemaan koko väestöä on merkinnyt terveystietotoiminnassa huomattavia muutoksia. Aikuisten osuus hoidoista on kasvanut. Lisäksi hoitoon pääsyn turvaaminen määrärajoissa suun terveydenhuollossa on osaltaan lisännyt vaatimuksia toiminnalle, työympäristölle, investoinneille ja osaamisen kehittämiseksi. Suun terveydenhuollossa maksujen korotuksia tehty yleensä hoidon laajentuessa tai hoitovelvoitteiden lisääntyessä riittävien resurssien turvaamiseksi. Voimassa olevat maksujen toimenpidemääritykset perustuvat hammaslääkärin työhön eikä ota tällä hetkellä huomioon toiminnassa tapahtunutta muutosta työn uudistumista ja työnjakoa.

Sairaankuljetus

Sairaankuljetuksessa jonkin verran ongelmia on esiintynyt hoitoon otettujen potilaiden jatkokuljetusten maksuissa. Osittain ongelmat liittyvät kuntien ja sairausvakuutuksen väliseen kustannustenjakoon. Lisäksi käytännössä on ollut tilanteita, joissa sairaankuljetus on osoittautunut tarpeettomaksi vaikka se olisi

tilattu perustellusti. Esiintyneet ongelmatilanteet tulisi jatkossa estää säännöksiä tarkentamalla.

Sarjahoido

Sarjahoidon käsite on osittain epäselvä muun muassa asiakasmaksuasetuksessa olevan esimerkkiluettelon vuoksi. Vaikka esimerkkiluettelo ei ole kattava, voidaan se helposti tulkita sellaiseksi. Lisäksi maksukäytännöt poikkeavat osittain sen perusteella toteuttaako hoidon terveyskeskus vai sairaanhoitopiiri. Jatkossa olisi tarkoituksenmukaista yhdenmukaistaa maksut sekä samalla määritellä yleisemmin sarjahoidon käsite.

Lyhytaikainen laitoshoido

Lyhytaikaisen laitoshoidon maksusäännökset ovat pääosin varsin selkeät. Yksittäistapauksissa potilaissa on aiheuttanut tyytymättömyyttä maksujen määräytyminen kalenterivuorokauden perusteella. Jos esimerkiksi päivystysvastaanotolle tullut potilas otetaan illalla tarkkailtavaksi vuodeosastolle ja hänet kotiutetaan tarkkailun jälkeen seuraavana aamuna, peritään maksu kahdelta hoitopäivältä, vaikka kokonaishoitoaika olisi alle 24 tuntia.

Päivä- ja yöhoito

Eräissä tilanteissa laitoshoido on tarkoituksenmukaista järjestää osapäivähoitona. Tällaiselle laitoshoidolle on määritelty oma maksu. Säännökset eivät kuitenkaan ole kaikin osin selkeät sen osalta, milloin tällainen maksu voidaan periä. Myöskään osapäivähoitoon liittyvä ylläpito (kuten ruokailut) aiheuttavat toisinaan ongelmia.

Kuntoutushoido

Lääkinnällisenä kuntoutuksena järjestettävän laitoshoidon maksu on alempi kuin muussa lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Vaikka kuntoutushoidon maksu on asetuksen mukaan sidottu lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen (1015/1991) 3 §:n 2 momentin 6 kohdan mukaiseen hoitoon ja kehitysvammaisten erityishuoltona annettuun kuntoutukseen, on käsitteen soveltamiseen liittynyt käytännössä ongelmia. Uudistettaessa säännöksiä tulee arvioida mahdollisuudet kuntoutushoidon käsitteen edelleen selkeyttämiseen sekä myös tarve erilliselle kuntoutushoidon maksulle.

Lääkärintodistusmaksu

Lääkärin laatimasta todistuksesta ja lausunnosta perittävät maksut poikkeavat osin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Lääkärintodistuksesta ja –lausunnosta voidaan pääsäännön mukaan periä enintään 27 euron maksu.

Terveyskeskuksesta annettu hoitoon liittyvä todistus ja lausunto sekä nuorison terveystodistus on kuitenkin säädetty maksuttomiksi. Erikoissairaanhoidossa ei ole vastaavaa säännöstä maksuttomista todistuksista. Muun muassa korkein hallinto-oikeus on kesäkuussa 2005 antamissaan ratkaisuihin todennut perusterveydenhuollosta sairausloman tarpeen osoittamiseksi annettujen todistusten maksuttomuutta koskeneen aiemman vallitsevan käytännön virheelliseksi. Lisäksi hoitoon liittyvän todistuksen ja lausunnon käsite on aiheuttanut epäselvyyttä.

Maksullisuuden ja maksuttomuuden perusteet olisi perusteltua yhdenmukaistaa ja samalla määritellä tarkemmin perusteet, jolloin lääkärintodistuksesta ja lausunnosta voidaan periä maksu.

Peruuttamatta jääneestä käynnistä perittävä maksu

Henkilöltä, joka on varannut terveydenhuollossa lääkärin, hammaslääkärin tai poliklinikan vastaanottoajan, mutta ei ole käyttänyt sitä eikä myöskään peruuttanut varattua aikaa, voidaan periä ns. sakkomaksu, joka on suuruudeltaan 27 euroa. Lisäksi lasten päivähoidossa voidaan periä maksu, jos varattua lapsen hoitopaikkaa ei oteta käyttöön eikä peruutuksesta ole ilmoitettu.

Sakkomaksun tarkoituksena on ollut tehostaa voimavarojen käyttöä. Käyttöön otettu maksu on myös käytännössä johtanut siihen, että mahdollisesta esteestä ilmoitetaan etukäteen, jolloin varattu hoitoaika voidaan antaa toiselle henkilölle. Järjestelyä voitaisiin laajentaa kaikkiin sellaisiin tilanteisiin, joissa vastaanottoaika on varattu etukäteen.

6.3 Päivähoidon maksut

Lasten päivähoiton maksut ovat osa pienten lasten hoitojärjestelmää, jota lainsäädännöllisesti uudistettiin ja yhtenäistettiin vuonna 1997. Pienten lasten hoidon tukijärjestelmän uudistaminen oli osa laajempaa kokonaisuutta, jonka tavoitteena oli sovittaa yhteen lasten hoidon tukimuodot, asumisen tukeminen, toimeentulotuki, työttömyysturva ja verotus siten, että nämä eri tukimuodot aikaisempaa paremmin kannustaisivat työntekoon.

Päivähoito on lasten ja perheiden kunnallinen peruspalvelu, jonka tavoitteena on taata jokaiselle lapselle oikeus tuettuun varhaiskasvatukseen sekä mahdollistaa vanhempien osallistuminen työelämään ja opiskeluun. Päivähoidon maksuilla on näiden tavoitteiden osalta merkittävä ohjausvaikutus. Voidaan arvioida, että voimassa oleva maksujärjestelmä on peruslähtökohdiltaan edelleen toimiva, jota on tarpeen joiltakin osin selkiyttää ja tehdä läpinäkyvämmäksi.

Raimo Pantin selvityksen mukaan valitukset lasten päivähoidon maksuista muodostivat hallinto-oikeuksissa merkittävimmän asiaryhmän. Suurin osa päivähoitomaksuja koskevista valituksista liittyi päivähoitomaksun perusteena olevien tulojen määrittämiseen ja poissaolojen huomioon ottamiseen päivähoitomaksua määrättäessä. Päivähoitomaksujen tulojen arviointia koskeva soveltamiskäytäntö on selvityksen mukaan varsin yhtenäinen.

Lasten päivähoidon maksujärjestelmän peruslähtökohdan mukaan lapsen hoidosta peritään kuukausimaksu perheen maksukyvyyn mukaan. Maksukykyisyys arvioidaan suhteessa perheen tuloihin ja perheen kokoon. Tältä osin järjestelmä ei edellytä muutoksia.

Päivähoitomaksujen määräytyminen bruttotulojen pohjalta on perusteltua, koska maksujen kautta ei ole tarkoituksenmukaista tehdä syyperustaista tulontasausta. Jos bruttotulopohjaisesta maksujen määräytymisestä luovuttaisiin, käyttökelpoisina vaihtoehtoina olisivat maksun määrääminen verotettavan tulon perusteella tai verotuksen jälkeisen tulon perusteella. Perheet joutuisivat tuolloin eriarvoiseen asemaan riippuen siitä, millaisia vähennyksiä ne voisivat suorittaa kokonaistulostaan ennen veron määräytymistä tai veron määräytymisen yhteydessä. Jos maksu määräytyisi tulosta verotuksen jälkeen, niin esimerkiksi asuntovelallisen perheen päivähoitomaksut olisivat pienemmät kuin vuokra-asunnossa asuvan perheen maksut, koska perheillä on mahdollisuus tietyin edellytyksin verovähennyksiin asuntolainojen osalta. Pienempien päivähoitomaksujen kautta tuettaisiin siten perheiden asuntovelan ottoa ja päivähoidon maksuihin tulisi uudenlainen asuntoratkaisuun liittyvä tulontasauksen elementti.

Voimassa olevan lain perusteella päivähoidon enimmäismaksut ja maksun perusteena olevat tulorajat eivät automaattisesti seuraa ansio- eikä kustannustasossa tapahtuvia muutoksia. Päivähoidon maksuihin on tehty muutoksia viimeksi vuoden 2002 alussa, jolloin muun muassa maksun määräytymisen perusteena olevia tulorajoja, enimmäismaksua ja muusta kuin kahdesta valintaoikeuden piirissä olevasta lapsesta määräytyvää perheen tulosta vähennettävää määrää korotettiin. Maksujärjestelmän tulorajojen säilyminen vuoden 2002 tasolla on merkinnyt sitä, että perheiden keskimääräinen maksu on kasvanut ansiokehityksen mukaisesti lukuun ottamatta ylintä maksua maksaneita. Samalla ansioiden kasvu on merkinnyt ylimmän päivähoidonmaksun perimistä yhä useammalta perheeltä. Maksujärjestelmän rakenteen säilyttäminen perheen maksukykyyn suhteutettuna edellyttää maksujen määräytymisperusteiden tarkistamista perheen tulotasossa tapahtuneita muutoksia vastaavasti. Tämä sisältää myös päivähoitomaksun enimmäismäärän tason arvioimisen.

Lasten päivähoidon maksujen määräytymisessä käytettävä perhekäsite on epäselvä ja vaikeuttaa lain tulkintaa. Nykyjärjestelmässä päivähoitomaksun määräytymisen perusteena oleva perhekoko ei välttämättä ole aina rinnastei-

nen kotitalouden todellisen perhekoon kanssa. Päivähoitomaksun perusteena olevassa perhekoossa huomioidaan vanhempien lisäksi enintään kaksi päivähoidosta annetun lain valintaoikeuden piiriin kuuluvaa lasta. Perheen muut lapset jäävät määrittelyn ulkopuolelle. Nämä lapset kylläkin huomioidaan päivähoitomaksua määrättäessä erillisen vähennyksen kautta. Maksujärjestelmää voitaisiin selkeyttää ja tehdä ymmärrettävämmäksi käyttämällä päivähoitomaksun perusteena perheen todellista kokoa.

Käytännössä ongelmalliseksi on osoittautunut vuorohoidon maksut ja niiden määräytyminen. Toimikunnan yhteydessä toimineen alajaoston selvityksen mukaan kunnissa vallitsee hyvin erilaisia käytäntöjä vuorohoidon maksuissa. Myös kunnista on esitetty toive järjestelmän selkeyttämiseksi tältä osin. Lasten päivähoidosta annetussa asetuksessa on määritelty mitä kokopäivähoidolla ja osapäivähoidolla tarkoitetaan. Asetuksessa mainituille hoitomuodoille on säädetty enimmäisajat, mutta siinä ei ole mainitaan mihin vuorokauden aikaan ajanjaksot sijoittuvat. Vielä ongelmallisemmaksi tilanne muuttuu, kun hoitoajat vuorohoidossa usein jatkuvat asetuksessa säädettyjä enimmäistuntimääriä pidemmäksi.

Vuorohoitoa koskeva kysymys tulee esille myös parhaillaan käynnissä olevassa päivähoitolain uudistamistyössä. Maksusäännösten uudistaminen olisi mahdollista toteuttaa nykyisen päivähoitolain säännösten nojalla. Nykyistä kunnittain eriytynyttä käytäntöä tulisi selkeyttää maksusäännöksiä muuttamalla siten, että vuorohoidon tilanteet otettaisiin lainsäädännössä huomioon. Vuorohoidosta perittävä maksu voitaisiin määritellä laskennallisen kuukausittaisen hoitopäivien lukumäärän ja laskennallisen päiväkohtaisen hoitotuntimäärän perusteella. Määrittelemällä hoitokuukaudessa olevien hoitopäivien kokonaislukumäärä saadaan hoitopäivien kertymä, jonka perusteella määräytyy kokopäivähoidon kuukausimaksu. Vastaavasti päiväkohtaisena voidaan määritellä laskennallinen kokopäivähoidon hoitotuntimäärä, jonka täyttyessä syntyy hoitovuorokausi. Kuvattujen laskennallisten perusteiden avulla voidaan määritellä vuorohoidon maksu, joka voitaisiin toteuttaa hoitovuorokausiin tai hoitotunteihin perustuvana.

Voimassa olevassa lain perusteella kokopäivähoidon maksuja lukuun ottamatta kunnille on jätetty harkintavaltaa osapäivä- ja osa-aikahoidon maksuja määrättäessä. Tarkoituksena on, että kunta maksua määrätessään ottaisi huomioon perheen tarvitseman hoitoajan ja suhteuttaisi perittävän maksun käytettävään hoitoaikaan. Hoitoaikaan suhteutetut kuntakohtaiset maksuperiaatteet vaihtelevat ja samanlaisten perheiden päivähoidosta määrättävät maksut voivatkin asuinpaikasta riippuen muodostua erilaisiksi. Maksusäännöksiä olisi tarpeen muuttaa siten, että maksujärjestelmä tukisi paremmin päivähoidon käyttöä lapsen edun kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Maksuilla on mahdollista ohjata perheiden päivähoidon käyttöä ja siten tarkoituksenmukaista olisi, että maksut määräytyisivät aina suhteessa sovittuun hoitoaikaan. Muutoksella voi-

taisiin edistää myös perheiden tasavertaista kohtelua asuinpaikasta riippumatta.

Maksujärjestelmää tulisi tarkistaa myös eräiltä muilta osin. Järjestelmän selkeyttämisen kannalta on pidetty tarpeellisena, että toimintavuosi määriteltäisiin lainsäädännössä vakiintunutta käytäntöä (1.8. – 31.7.) vastaavaksi. Vuonna 2000 tehdyn lainmuutoksen perusteella on ollut mahdollista eräissä tilanteissa periä päivähoitomaksu 12 kuukaudelta. Säännös on kuitenkin osoittautunut käytännössä tarpeettomaksi. Käytännössä osa kunnista on jo luopunut säännöksen mahdollistaman maksun perimisestä, koska järjestelmän edellyttämä vuosittaisen seuranta on osoittautunut hallinnollisesti työlääksi ja hankalaksi. Lisäksi lapsen sairaudesta johtuva tilapäiseen poissaoloon liittyvä maksuhelpotus tulisi laajentaa koskemaan kaikkia päivähoitoa käyttäviä perheitä suhteessa sovittuun kokonaishoitoaikaan. Nykyisen järjestelmän mukaan maksuhelpotusta ei ole suhteutettu kuukauden sovittuihin hoidossa olopäiviin, sillä alennus tulee myöntää vain yli 10 päivää kestäneen sairaudesta johtuvan poissaolon vuoksi.

6.4 Vanhusten, vammaisten ja lapsiperheiden kotiin annettavien palvelujen maksut

Vuoden 1995 jälkeen palveluasumisen ja omaishoidon tuen saajien osuus väestöstä on kasvanut ja kaikkien muiden vanhuspalvelujen, erityisesti kodinhoitoavun, saajien osuus väestöstä on pienentynyt. Vanhusten palveluasumisen asiakasmäärä kolminkertaistui vuodesta 1990 vuoteen 2003. Vuonna 2003 tehostetun (ympäri vuorokautisen) palveluasumisen ikääntyneiden asiakkaiden määrä oli 12 090, mikä oli puolet palveluasumisen asiakkaiden kokonaismäärästä. Vanhainkotihoitoa on korvattu tehostetulla palveluasumisella. Terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa oli vuonna 11 330 asiakasta, mikä oli lähes sama määrä kuin 1990-luvun alussa. Vuodesta 1990 vuoteen 2000 palveluasuntoihin ohjautuneen työpanoksen johdosta kotipalvelun asiakasmäärä vähentyi 33 %:a, jonka jälkeen asiakkaiden määrä kasvoi parin vuoden ajan mutta kääntyi jälleen laskuun vuonna 2003. Tukipalvelujen asiakasmäärät laskivat lamavuosina, mutta kääntyivät nousuun 1990-luvun puolivälissä. Omaishoidon tuen asiakkaiden määrä kasvoi koko tarkastelujaksolla noin 30 %:a. (SVT 2004.)

Vammaispalveluista erityisesti kuljetuspalvelujen asiakasmäärä kasvoi voimakkaasti koko 1990-luvun ja kasvu on jatkunut 2000-luvun alkuvuosina. Vammaispalvelulain mukaisen kuljetuspalvelun asiakkaista noin 70 %:a on täyttänyt 65 vuotta. Vaikeavammaisten palveluasuminen lähes kaksinkertaistui vuodesta 1997 vuoteen 2003. Myös henkilökohtaisen avustajatoiminnan ja tulkkipalvelujen asiakasmäärät ovat kasvaneet. Kehitysvammahuollossa pitkä-

aikaisen laitoshoidon asiakkaiden määrä on vähentynyt 1990-luvun alusta noin 30 prosenttia ja asumispalvelujen asiakkaiden määrä on kaksinkertaistunut.

Myös lapsiperheille kotipalvelut ovat osa kohdennettuja tukipalveluja. Kunnat ovat kohdentaneet kotipalveluja vain erittäin vaikeissa elämäntilanteissa oleville, ensisijaisesti lastensuojelun asiakasperheille. Samalla kotipalvelun tehtävä lapsiperheiden ongelmatilanteita ehkäisevänä, varhaisvaiheen tukijärjestelmänä on poistumassa. Kuntien kotipalvelun kokonaisvolyymi asiakaskotitalouksilla mitattuna on voimakkaasti supistunut 1990-luvulta lukien. Vuonna 1995 kotipalvelun piirissä oli 30 000 perhettä, kun vuosituhannen lopussa palveluiden piirissä oli 21 000 lapsiperhettä. Vuonna 2003 kotipalveluita saaneiden perheiden määrä on laskenut alle puoleen vuoden 1995 tilanteeseen verrattuna.

Kotona annettavien palvelujen ja asumispalveluiden asiakasmaksut

Kotona annettavien palvelujen asiakasmaksuja koskevat perusongelmat liittyvät palvelujen maksulainsäädännön vaikeaselkoisuuteen ja tulkinnanvaraisuuteen. Lisäksi kunnilla on mahdollisuus päättää joidenkin palvelujen maksuista varsin vapaasti, minkä johdosta maassa on lukuisia erilaisia maksujärjestelmiä. Esimerkiksi palveluasumisen asiakasmaksuja ei ole säädetty selkeästi, mistä on ollut seurauksena vanhus- ja vammaisasiakkaiden eriarvoisuutta (valtakunnan tasolla samansisältöisestä palvelusta peritään erilaisia maksuja) ja epäoikeudenmukaisuutta (korkeat maksut muodostuvat palvelujen käytön esteeksi tai ohjaavat epätarkoituksenmukaisten palvelujen käyttöön).

Selvitysmies Pantin arvion mukaan asiakasmaksujen perintään liittyy runsaasti oikeusturvaongelmia. Kotiin annettavia palveluja koskevia valituksia oli Pantin selvityksen mukaan 14 %:a kaikista asiakasmaksuvalituksista. Käytännössä asiakasmaksuihin liittyvät ongelmat koskevat tulkintoja, mitkä sosiaaliset etuudet otetaan huomioon tuloina asiakasmaksun suuruutta ja perusteita määriteltäessä. Samoin on pidetty epäkohtana sitä, että kotipalvelua pilkotaan erillisiksi tukipalveluiksi, joista tulee lisämaksuja kotona annettavan palvelun maksun lisäksi. Eniten valitetaan siivouksen eriyttämisestä tukipalveluiksi ja/tai siitä, ettei kunta järjestä enää lainkaan siivousta.

Nykyiset säännöllisten ja jatkuvien kotona annettavien palvelujen (kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon) asiakasmaksut vaihtelevat huomattavasti kunnittain. Maksuasetuksella on säädetty ainoastaan tulosidonnaisten maksujen ylärajat perheen koon mukaan. Maksut perustuvat tulojen lisäksi useimmiten joko asiakkaan luokse tehtyjen käyntien määrään tai palveluun käytettyyn aikaan. Samoin kotipalvelun tukipalvelujen hinnat vaihtelevat kunnittain ja määräytyvät myös hyvin erilaisin perustein. Asiakasmaksulaki määrittää palvelusta perittävän maksun enimmäismääräksi enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten määrän. Tilapäisestä kotipalvelusta kunnalla on oikeus

periä kunnan päättämä kohtuullinen, palvelun tuotantokustannusten rajoissa oleva maksu. Tilapäiseen kotisairaanhoidon on asetuksessa säädetty kiinteä 7 euron käyntimaksu.

Vanhusten kotipalvelujen kysynnässä on usein kyse asiakkaan ensisijaisesta tarpeesta saada apua kotitöissä. Apua tarvitsevien henkilöiden ja heidän omaistensa odotukset palvelun sisällöstä ja kunnallisen palvelujärjestelmän tarjonta eivät kuitenkaan aina vastaa toisiaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön kohdistuu myös muutospainetta sen suhteen mitä kotihoidon palvelun sisältö on nyt ja tulevaisuudessa, mistä kokonaisuudesta kotiin annettavat palvelut muodostuvat ja mille taholle niiden järjestämis- ja tuottamisvastuut kuuluvat.

Palveluasumisen maksut ja niiden määräytymisperusteet vaihtelevat kunnittain. Asumisen käsite maksuja määriteltäessä ei ole selvä; asumispalvelujen voidaan ymmärtää sisältävän hyvin erilaisia palvelukokonaisuuksia. Vanhusten kotipalvelu ja palveluasuminen voivat sisältää käytännössä samansisältöistä palvelua, josta kuitenkin peritään maksut eri perustein. Toisen erityisen haasteen muodostaa avohuoltoon luettavien asumispalvelujen ja laitoshoidon välinen rajanveto. Sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen (17.12.2004/1241) mukaan samassa toimintayksikössä voi olla samaan aikaan sekä laitos- että avohoidossa olevia asiakkaita. Keskeisin avohoidon ja laitoshoidon rajanvedon arviointiperuste on sijoituspaikasta riippumatta arvio asiakkaan hoidon tarpeesta ja itsenäisen selviytymisen asteesta. Asiakasmaksun tulee määräytyä palvelun tosiasiallisen sisällön perusteella. Erilaisiin palvelukoteihin ja vastaaviin sijoitetut voivat joutua maksujen suhteen eriarvoiseen asemaan sen perusteella, katsotaanko henkilön saavan asumispalvelua vai laitoshoidoa. Joissakin tapauksissa asiakkaan voi olla taloudellisempaa pyrkiä laitoshoidon kuin kevyempään asumispalveluun, mikäli kunnat sääntelyn puuttuessa ylihinnottelevat asumispalvelut. (Pantti 2004)

Avohoidon ja laitoshoidon välisen rajanvedon poistamiseen asiakasmaksuissa ei näyttäisi olevan tässä vaiheessa mahdollisuuksia. Sen sijaan ikäihmisten avohoidon sisällä eli kotipalvelussa ja palveluasumisessa tulisi pyrkiä asiakasmaksujen mahdollisimman pitkälle yhtenäisiin perusteisiin.

Asumispalvelumaksu voidaan kunnissa määritellä kattavana pakettihintana myös tilanteissa, joissa asiakas käyttää vain osaa tarjottavista palveluista. Hallinto-oikeuden kanta on ollut, että avohuollon palveluista perittävä maksu tulee määrätä todellisen palvelun käytön mukaan ja asiakkaalla tulee olla mahdollisuus itse valita käyttääkö hän palvelua vai ei. Osassa kuntia asumispalveluiden maksukäytäntö vastaa laitoshoidon maksukäytäntöä, vaikka palvelun sisältö ei vastaa sitä. Tällöin asiakas joutuu taloudellisesti ahtaalle, koska hän joutuu vähäisellä käyttövaralla kustantamaan mm. vaate- ym. henkilökohdalliset hankintansa ja terveydenhuoltomenonsa. Asiakkaalle voi käytännössä

jäädä asumismenojen ja asiakasmaksujen maksamisen jälkeen asumispalveluissa vähemmän käyttövaroja kuin laitoshoidon maksukäytännön mukainen käyttövara kuukausittain. Pantin selvityksen mukaan erot omassa kodissaan jatkuvia ja säännöllisiä kotipalveluja tarvitsevien ja vastaavia palveluja palveluasunnossa tarvitsevien asiakasmaksujen välillä voivat muodostua perusteettomasti suhteettoman suuriksi.

Omaishoidon tuen maksut

Omaishoidon tuen maksuista ei ole erityissäännöksiä asiakasmaksulaissa ja -asetuksessa. Nykyisen maksulainsäädännön mukaan omaishoidon tuella hoidettavalta voidaan periä maksu omaishoitajan lakisääteistä vapaata korvaavista palveluista. Omaishoidontuki otetaan tulona huomioon asiakasmaksua määriteltäessä. Silloin, kun hoitaja ja hoidettava elävät yhteisessä taloudessa, hoitopalkkio ja asiakasmaksu kohdistuvat käytännössä samaan talouteen. Omaishoitona annettavista palveluista hoidettavalta voidaan periä kunnan vahvistamat asiakasmaksulaissa säädetyt maksut. Vuonna 2004 asiakasmaksulakia muutettiin siten, että omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana annettaviin, omaishoitoa korvaaviin palveluihin säädettiin 9 euron kiinteä vuorokausikohmainen tasamaksu.

Palvelusetelin käyttöön liittyvä omavastuu

Palvelusetelin käyttöönotossa on ollut pulmia, koska palvelusetelin omavastuu on kytketty vastaaviin, kunnallisen palvelun asiakasmaksuihin. Jos nämä maksut ovat epäyhtenäiset tai niitä ei ole säännelty, omavastuuosuutta on vaikea määritellä. Suurin palveluseteliä koskeva kehittämishaaste koskee palveluasumista, jonka järjestäminen palvelusetelillä aiheuttaa tällä hetkellä tulkintaongelmia asiakasmaksujen sääntelemättömyyden vuoksi.

Vammaispalvelujen asiakasmaksut

Pantin selvityksen mukaan vakiintunut oikeuskäytäntö lähtee siitä, että kunta ei voi syrjäyttää vaikeavammaisen henkilön oikeutta subjektiiviseksi oikeudeksi säädettyjen palvelujen saamiseen järjestämällä vastaavat palvelut esim. sosiaalihuoltolain nojalla maksullisina palveluina. Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain 8 §:n 2 momentin mukaan kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle palveluasuminen, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista.

Asumispalvelujen kohdalla asiakkailta ja kunnilla voi olla näkemyseroja, joista on taloudellisia seuraamuksia. Asiakkaiden yhdenvertaisuuden kannalta tilanne voi muodostua hankalaksi. Samassa ympärivuorokautista hoitoa antavassa palveluyksikössä voi olla asiakkaita, joista osan palvelut järjestetään

sosiaalihuoltolain, osan vammaispalvelulain ja osan kehitysvammalain mukaisesti. Avohoidon asumispalvelujen lisäksi sama palveluyksikkö voi tuottaa myös laitoshoidtoa. Samassa palveluyksikössä järjestettävät eri palvelumuodot voivat olla sisällöltään varsin samanlaisia, vaikka ne perustuvat eri lakeihin. Eri lakien perusteella järjestettävien palveluiden asiakasmaksut määräytyvät eritavoin. Toimintakyvyltään vastaavassa tilanteessa olevista henkilöistä yksi maksaa saamastaan palvelusta yhden, toinen toisen taksan mukaan ja kolmas saa saman palvelun maksuttomana.

Vammaisten kohdalla mm. tilapäishoidon järjestäminen omassa kodissa asumisyksikön tai laitoksen sijasta ja niistä perittävät maksut luovat ongelmallisia tilanteita. Asiakasmaksulaki ja -asetus eivät määrittele erikseen perusteita vammaisten tilapäishoidon maksulle. Kuntien käytännöt ja ratkaisut ovat tässä tilanteessa erilaisia.

Suurella osalla vaikeimmin vammaisista ihmisistä on tulona vain kansaneläke. Vaikeavammaisuus aiheuttaa yleensä monien erilaisten palvelujen tarpeen ja runsaasti erilaista organisoimista ja välillisiä kustannuksia sekä ylimääräistä vaivannäköä tavanomaisten asioiden sujumiseksi.

Yleisten palvelujen saatavuudella ja saavutettavuudella voidaan vaikuttaa niitä kalliimpien erityispalvelujen tarpeeseen. Järjestämällä ikäihmisten kuljetuspalveluja sosiaalihuoltolain mukaisesti kunta voi ehkäistä ja myöhentää vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalvelujen tarvetta. Lisäksi vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalvelujen rinnalle on viime vuosina kehitetty eri kunnissa vaihtoehtoisia ja täydentäviä kuljetusmuotoja. Asiakasmaksuasetuksen 6 §:n mukaan vaikeavammaiselle järjestettävistä kuljetuspalveluista voidaan periä enintään paikkakunnalla käytettävissä olevan julkisen liikenteen maksua vastaava maksu tai muu siihen verrattavissa oleva kohtuullinen maksu. Ongelmaksi on muodostunut vaikeavammaisen kuljetuspalvelujen omavastuusuuden määrittelemisen niissä kunnissa, joissa ei ole joukkoliikennettä. Tähän ongelmaan ei kuitenkaan löydy ratkaisua välttämättä lainsäädännön kautta.

Yleisten ja erityispalvelujen rajanveto aiheuttaa vaikeuksia, kun samassa palveluyksikössä tuotetaan molempia palveluja. Tästä esimerkkinä on kehitysvammaisten lasten iltapäivähoito, jota kunnissa voidaan järjestää päivähoitolain, sosiaalihuoltolain, kehitysvammalain ja nykyisin myös perusopetuslain mukaisesti. Eri lakien perusteella järjestettyjen palvelujen asiakasmaksut määräytyvät eri tavoin. Osasta hallinto-oikeuksia on saatu päätöksiä, joiden mukaan kehitysvammaisten koululaisten aamu- ja iltapäivähoito tulee järjestää erityishuoltona, joka on maksutonta. Tämä ei vastaa kehitysvammahuollossa toteutettuja integraatio- ja inkluusioperiaatteita, joiden mukaan vammaisten kuntalaisten osallistumismahdollisuudet ja palvelut tulisi ensisijaisesti toteut-

taa yleislainsäädännön pohjalta. Näin ollen maksutkin toteutuisivat sen mukaisesti.

Maksusäännöksissä otetaan osittain huomioon palvelun jakautuminen varsinaiseen hoitoon, ylläpitoon ja asumiseen. Tämä perustuu ajatteluun, että hoidosta, ylläpidosta ja asumismenosta on perusteltua olla erilainen omavastuu. Kehitysvammaisten erityishuoltoon liittyvä ylläpidon ja osittaisen ylläpidon käsite on osoittautunut käytännössä vaikeaksi. Ylläpidon käsitettä ei ole määriteltä asiakasmaksusäädöksissä eikä asiakasmaksulain esitöissä. Kunnissa noudatetaan vaihtelevia tulkintoja siitä, mitä kustannuseriä ylläpitoon voidaan sisällyttää: osa kunnista tulkitsee ylläpidon lähinnä ruoan ja vaatteiden hankintakuluiksi, osa kunnista sisällyttää ylläpidon käsitteeseen myös asiakkaan asionnin tukemisen tai asumisyksikön yleiseen viihtyvyyteen liittyvät hankinnat. Hallinto-oikeudet ovat tulkinneet ylläpidoksi sellaiset kehitysvammaisuudesta riippumattomat palvelut, jotka liittyvät ihmisten perustarpeisiin (asumis-, ruoka- ja vaatteiden hankintakustannukset). Koska alle 16-vuotiaalle kehitysvammaiselle annettavan osittaisen ylläpidon käsitettä ei ole määriteltä, on kunnissa epäselvää, voidaanko mm. asumisen, tilapäishoidon tai leirien osalta periä minkäänlaisia maksuja.

Eräille erityisryhmille annettavat palvelut

Eräiden erityisryhmien osalta ovat nousseet esille mm. hengityshalvauspotilaiden asiakasmaksut. Hengityshalvauspotilaiden sovellettava maksukäytäntö poikkeaa kaikkien muiden asiakkaiden tai asiakasryhmien maksukäytännöistä. Vuonna 2004 hengityshalvauspotilaiden hoidosta johtuva kuntalaskutus oli vajaat 27 miljoonaa euroa ja potilaita oli kaikkiaan 135.

Hengityshalvauspotilaiksi todettujen potilaiden asiakasmaksuista säädettiin aikaisemmin yksinomaan tätä koskevassa laissa ja asetuksessa. Vuoden 1993 alusta lukien hengityshalvauspotilaiden asiakasmaksuista säädettiin asiakasmaksulaissa ja -asetuksessa, jolloin hengityshalvauspotilaiden asema sekä maksujen että hoidon järjestelyiden osalta säilytettiin ennallaan. Hengityshalvauspotilaat vapautettiin asiakasmaksuista. Lisäksi heille on taattu maksuton hoito ja kuljetus tilanteessa, että potilas on kotihoidossa. Asiakasmaksujen osalta on epäselvyyksiä aiheuttanut kodin kustannusten korvaaminen eli on katsottu, että kotona olevalle hengityshalvauspotilaalle kunnan tulee maksaa hoitopäivämaksun hinta hyvityksenä siitä, että henkilö on poissa sairaalahoidosta.

6.5 Tulokäsite asiakasmaksulainsäädännössä

Tulokäsitteellä tarkoitetaan niitä tuloja, jotka huomioidaan asiakasmaksujen perusteena. Kunnallisissa sosiaali- ja terveystalouksista tulosisidonnaisia asia-

kasmaksuja peritään lasten päivähoidosta, pitkäaikaisesta laitoshoidosta ja kotona annettavista palveluista. Maksujen perusteena olevat tulot vaikuttavat asiakkaan maksamien maksujen suuruuteen ja kuntien maksutulokertymään. Tulokäsitteen tarkoitus on pyrkiä heijastamaan mahdollisimman oikeudenmukaisesti henkilön maksukykyä. Tällöin maksujen perusteena ei tulisi huomioida esimerkiksi tuloeriä, jotka ovat korvauksia aiheutuneista kustannuksista. Lähtökohtana tulisi olla, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista perittävien tulosidonnaisten maksujen perusteena oleva tulokäsite olisi mahdollisimman yhdenmukainen etuuksien ja verotuksen tulokäsitteen kanssa. Sen tulee olla myös kunnan viranomaisten ja asiakkaiden näkökulmasta ymmärrettävä ja kattava.

Esille on noussut tarve selkiyttää ja saattaa ajan tasalle maksujen määräämisessä huomioon otettavat tulot eri palveluiden osalta. Eri palveluista perittävien maksujen määräytymisperusteissa on voimassa olevan lainsäädännön perusteella eroavaisuuksia. Maksujen määräämisessä soveltamiskäytäntö maan eri alueilla ei myöskään ole yhtenäinen, mikä ilmenee myös Pantin sekä Väinälän tekemissä selvityksissä. Tällä hetkellä lasten päivähoidon ja kotona annettavan palvelun osalta tulokäsitteet ovat identtiset lukuun ottamatta eläkkeensaajien hoitotukea. Pitkäaikaishoidossa on erona maksujen perustuminen nettotuloihin sekä laajempi huollettavista johtuvien tulojen huomiotta jättäminen.

Nykyisen asiakasmaksulain nojalla kunnilla on oikeus hankkia tietoja mm. verottajalta ja pankilta. Käytännössä tulot selvitetään kuitenkin pääosin asiakkaan antamien todistusten avulla. Yrittäjien osalta käytännöt ovat vaihtelevampia. Päivähoidossa tulojen ilmoittamatta jättämistä käytetään usein, kun asiakas tietää joutuvansa maksamaan joka tapauksessa enimmäismaksun, jolloin hallintokustannukset laskevat. Mikäli enimmäismaksun tuloarvoja nostetaan tai luodaan lisää portaita, lisääntyy myös hallinnointikustannukset.

Jatkuvat tulot, kuten eläke ja palkka ovat yksinkertaisia selvittää. Ongelmia muodostuu epäsäännöllisistä tuloista, kuten pääomatuloista ja yrittäjätuloista. Eräs ongelma on metsästä saatavat tulot. Tällä hetkellä metsäomaisuutta kohdellaan eri tavoin kuin muita pääomatuloja: sen laskennallinen tuotto, puhdas tulo, huomioidaan tulona. Jatkossa varallisuusveron poistuessa, ei kuitenkaan ole enää mahdollista laskea samoin perustein tuottoa. Lisäksi viime aikoina on noussut esille myös kysymys palvelun käyttäjän velkaantumisen vaikutuksista tulosidonnaisten maksujen suuruutta määritettäessä.

6.5.1 Brutto- vai nettotulot

Eräs keskustelun kohde maksujen perusteena käytettävien tulojen osalta on se, määräytyvätkö maksut veroja edeltävien vai veronjälkeisten tulojen pohjalta.

Tällä hetkellä pitkäaikaisen laitoshoidon osalta maksut määräytyvät nettotulojen perusteella ja kotihoidossa sekä lasten päivähoidossa bruttotulojen pohjalta. Nettoperiaatteen etuna on, että se kuvaa paremmin kotitalouden todellista maksukykyä ja näin ollen turvaa paremmin riittävän perustoimeentulon. Bruttotuloperiaatetta käytettäessä etuna on, että usein monimutkaisten vähennysten huomioiminen on vähäisempää ja hallintokustannukset ovat pienemmät. Pitkäaikaishoidossa asiakasmaksut ovat niin suuria, että niiden perustuminen bruttotuloihin voisi johtaa tilanteisiin, jossa maksut olisivat suurempia kuin käytettävissä olevat tulot.

Nettoperiaatetta käytettäessä parempituloiset maksavat suhteellisesti vähemmän kuin bruttoperiaatteen yhteydessä, sillä ansiotulojen progressiivinen verotus tasaa tuloeroja ja täten myös asiakasmaksuja. Bruttoperiaatteen myötä korkeampituloiset maksavat siis korkeampia palvelumaksuja. Pääomatulot ovat suhteellisesti edullisemmassa asemassa bruttoperiaatetta käytettäessä, sillä niiden verotus on keskimäärin vähäisempää kuin ansiotulojen.

Nykyisessä maksujärjestelmässä päivähoidon ja kotona annettavien palvelujen maksujen perusteena käytetään palvelun käyttäjä bruttotuloja ja pitkäaikaisen laitoshoidon maksujen perusteena käytetään nettotuloja. Näiltä osin tulositonnainten maksujen eroavuutta voidaan edelleen pitää tarkoituksenmukaisena ja perusteltuna. Toimikunta on työssään katsonut ja arvioinut asiakokonaisuutta asiakasmaksujen näkökulmasta. Kysymys netto- vai bruttotulojen käyttämisestä asiamaksujen perusteena on osa suurempaa asiakokonaisuutta, johon liittyy kiinteästi myös mahdollisiin muutoksiin sisältyvät vaikutukset tulonjakoon.

6.5.2 Ansiotulot

Ansiotuloa ovat mm. palkkatulo, yrittäjätulon ansiotulo-osuus sekä eläketulo ja muut veronalaiset sosiaalietuudet. Lähes kaikki ansiotulot otetaan huomioon asiakasmaksujen perusteena, ainoita poikkeuksia ovat verottomat päivärahat ja apurahat eräin ehdoin.

Palkkatulot

Palkka on ensisijainen korvaus työstä. Palkkatuloa on kaikenlainen palkka, palkkio, osapalkkio sekä muu niihin rinnastettava etuus ja korvaus kuten työsuhteoptiot. Palkaksi katsotaan myös esim. lomaraha, lomakorvaus, luontoisedut, veronalaiset henkilökuntaedut, joulurahat ja lahjapalkkiot sekä tanttiettemi(osapalkka). Rahapalkan määrä ilmenee yleensä asiakkaan toimittamasta palkkakuitista tai työnantajan antamasta palkkalaskelmasta. Palkaksi luetaan myös palkkio yhtiön tai yhtymän hallituksen tai vastaavan toimielimen jäsenen tehtävästä, taiteilijan tai urheilijan saama henkilökohtainen tulo.

Palkan lisäksi maksettavia erilaisia kulukorvauksia ei ole syytä lukea tuloksi, sillä määritelmällisesti ne ovat korvauksia lisäkuluista, eivätkä näin ollen lähtökohtaisesti lisää maksukykyä. Tällaisia korvauksia ovat esimerkiksi matkakustannusten korvaus, verovapaat päivärahat, työnkulukorvaukset sekä virkapukuavustukset.

Stipendi, apuraha ja tunnustuspalkinto

Stipendien ja muiden vastaavien tuloerien huomioiminen maksuissa on seikka, joka aiheuttaa epäselvyyksiä. Tällä hetkellä opintojen perusteella maksettavia apurahoja ja muita vastaavia avustuksia ei huomioida. Tämä rajausta ei ole kaikissa tilanteissa yksiselitteinen. Eräs muutos voisi olla, että apurahat tai vastaavat otettaisiin jatkossa huomioon tulona. Mikäli apuraha käytetään osittain tai kokonaan erityismenoihin (esim. laitehankintoihin, matkoihin tai lukukausimaksuihin), kulut voitaisiin vähennetään apurahasta. Apurahojen huomioon ottaminen täten tulona olisi oikeudenmukainen ja ottaisi apurahan huomioon siinä tapauksessa, kun se nostaa asiakkaan maksukykyä.

Eläkkeet ja sosiaalivakuutuksen päivärahaetuudet

Eläkkeet ovat jatkuvia verollisia ansiotuloja, jotka huomioidaan yleisesti asiakasmaksujen perusteina kuten palkkatulot. Joitain eläkkeensaajien lisiä ei sen sijaan oteta huomioon maksuperusteissa. Sosiaalivakuutuksen päivärahat ovat verollista tuloa, joita maksetaan palkan sijaan. Eläkkeiden ja verollisten päivärahojen selvittäminen on yleensä hyvin yksinkertaista, eikä näiden tulojen osalta pitäisi olla epäselvyyksiä.

6.5.3 Pääomatulot

Pääomatuloa on omaisuuden tuotto ja myös muu sellainen tulo, jota varallisuuden voidaan katsoa kerryttäneen. Viime vuosina kotitalouksien tulonmuodostuksessa on tapahtunut muutoksia pääomatulojen osuuden kasvaessa. Lisäksi koko ajan on tullut uudenlaisia pääomatulomuotoja, jotka ovat aiheuttaneet käytännössä ongelmia asiakasmaksua määritettäessä. Toimikunta on kiinnittänyt tässä työssä erityistä huomiota asiakasmaksun määrittämiseen yrittäjätulojen perusteella sekä metsätulon osalta tapahtuviin muutoksiin. Erityisen tarpeellista olisi jatkotyössä arvioida ja selvittää nykyiseen lainsäädäntöön sisältyvä pääomatulojen käsitteen ajanmukaisuus.

Yrittäjät

Käytännössä erityisen ongelmalliseksi ja hallinnolliseksi monimutkaiseksi on osoittautunut yrittäjien asiakasmaksun määrittäminen, esimerkiksi päivähoitomaksu yrittäjien lapsille. Yrittäjätaloudet muodostavat merkittävän kunnal-

lista päivähoitoa käyttävien kotitalouksien ryhmän. Käytettävissä olevien tulonjakoa kuvaavien tilastotietojen perusteella yrittäjätalouksia kaikista päivähoidon käyttäjätalouksista näyttäisi olevan n. 15 %. Vuositasolla näitä perheitä on noin 30 000.

Perimmäinen syy on, että yrittäjät pystyvät itse vaikuttamaan palkkansa ja pääomatulojensa suuruuteen, joten nimelliset tulot eivät välttämättä kuvaa reaalista maksukykyä. Samoin tulojen suuri vaihtelevuus ja ennakoitavuus ovat ongelma. Yrittäjätulojen määrittämiseen liittyvät vaikeudet eivät ole pelkästään asiakasmaksuihin liittyvä erityisongelma, vaan kysymys koskee useita muita etuus- ja maksujärjestelmiä.

Verotustietojen perusteella tapahtuva tulojen määrittäminen näyttäisi olevan valtaosalle yrittäjätalouksista toimiva ratkaisu. Ongelmia ovat aiheuttaneet tavanomaisesti muut kuin osakeyhtiömuotoisesti yritystoimintaa harjoittavien henkilöiden tulot. Erityisen vaikeaksi on koettu aloittelevien yrittäjien tulojen arviointi. Maksun määräytymisessä on vaikeutena ollut määrittää ne yrittäjätuloon sisältyvät erilaiset tuloerät, jotka vaikuttavat yrittäjältä perittävän asiakasmaksun suuruuteen. Perinpohjaisten selvitysten teko yksittäistapauksissa on kunnissa aikaa vievää ja edellyttää kirjanpidon ja verotuksen erityisasiantuntemusta, jota erityisesti pienemmissä kunnissa ei välttämättä ole. Entistä monimutkaisemman erillisratkaisun etsiminen yrittäjien asiakasmaksujen määrittämiseen ei liene perusteltua. Tarkoituksenmukaista olisi löytää mahdollisimman yhtenäinen käytäntö, jota voitaisiin soveltaa niin etuus- kuin maksujärjestelmissäkin.

Yleisimmät elinkeinotoiminnan muodot ovat: yksityinen elinkeinonharjoittaja (ammatinharjoittaja ja toiminimi), avoin yhtiö, kommandiittiyhtiö, osakeyhtiö. Kaikista yrityksistä saadut ansio- ja pääomatulot huomioidaan maksujen perusteena. Tulojen arvioimista varten elinkeinotoiminnan tulo jaetaan tarvittaessa kaavamaisesti pääomatuloihin ja ansiotuloihin. Asiakasmaksujen kannalta tällä ei ole merkitystä, mikäli käytetään bruttotuloperiaatetta.

Yritystoiminnan tulojen selvittäminen

Yritystoimintansa vakiinnuttaneilta pyydetään yleensä ennakkooverolippu tai todistus vahvistetusta verotuksesta sekä kirjanpitäjän toimittama selvitys yksityisostoista käy. Asiakasmaksun määrittämistä varten yrittäjältä voidaan pyytää elinkeinotoiminnan tulojen arvioimista varten seuraavia selvityksiä:

- tilinpäätösasiakirjat eli tuloslaskelma ja tase sekä liitetiedot ja taseerittelyt
- henkilökohtainen veroilmoitus
- elinkeinotoiminnan veroilmoitus tarvittavine liitteineen
- selvitys yrittäjäeläkevakuutusmaksusta ja sen perusteista

- vuosi-ilmoitus maksetuista ja tilitetyistä sosiaaliturvamaksuista ja ennakonpidätyksistä
- yhtiösopimus tai perustamiskirja (oy) tai yhtiöjärjestys (oy) tai yhtiökokouksen pöytäkirja (oy)
- ennakkoarviolippu
- oma arvio tuloista
- yrityksen lopettamisilmoitus.

Jos esitettyä tuloslaskelmaa ja tasetta voidaan pitää luotettavina, lasketaan yrityksen tulokseksi tilikauden voitto lisättynä välittömillä veroilla. Yrittäjän tuloksi luetaan myös yrityksen omaisuuden yksityiskäyttö, esim. auton käyttö tai liikkeen tavaroiden ottaminen omaan käyttöön. Yksityiskäyttö lisätään tilikauden voittoon, ellei sitä ole merkitty tuloksi tuloslaskelmassa. Lisättäviä eriä ovat myös mm. vähennyskeltottomat korot, joita ei saa vähentää elinkeinotoiminnan tuloksesta. Vähennyskeltottomia ovat sellaisten lainojen korot, jotka on käytetty kotitalouden menojen rahoittamiseen yksityisottojen avulla. Yksityistilin käyttö (yksityisotot) sen sijaan ei ole huomioonotettavaa tuloa, koska se on lainaa yrityksen omasta pääomasta. Yksityisotot sisältyvät ansio- ja pääomatuloihin.

Aloittavassa yrityksessä voidaan käyttää hyväksi verottajan ennakkoarvioita tulosta, YEL/MYEL-työtuloa ja yrittäjän omaa arviota elinkeinotoiminnan tulosta sekä mahdollisesti yksityisottoja. Jos esitettyä tuloslaskelmaa ja tasetta voidaan pitää luotettavina, voidaan toimia kuten vakiintuneiden yritysten kohdalla. Lisäselvityksenä voidaan käyttää yrityksen veroilmoitusta. Aloittelevien yrittäjien tuloja pyritään tarkistamaan useammin kuin palkansaajien tai yritystoiminnan vakiinnuttaneiden tuloja. Uusien yrittäjien maksukyvyyn arviointi on ongelma, johon ei ole yksiselitteistä ratkaisua.

Liiketoiminnan lopettaminen ei välttämättä merkitse myös yrityksen lopettamista. Yritys voi tuottaa tulosta, vaikka liiketoiminta olisi loppunutkin. Esimerkiksi varausten purkamisista tai koneiden ja kaluston myynnistä saadaan elinkeinotoiminnan tuloa, joka voi olla kokonaan ansiotuloa riippuen nettovarallisuuden määrästä. Myös lopetettavasta yrityksestä pyydetään sen vuoksi tuloslaskelma ja tase, joiden perusteella nähdään, onko yrityksellä vielä tuloja ja onko tuloja vielä odotettavissa.

Metsätulo

Metsäverotuksen siirtymäkausi tuloverotuksessa päättyy 31.12.2005, jolloin metsän pinta-alaverotus poistuu. Tämän jälkeen kaikkia metsänomistajia verotetaan puun myyntitulojen mukaan, joka on pääomaveronalaista tuloa. Valtioneuvoston kannanoton 30.11.2004 mukaan samassa yhteydessä luovutaan myös varallisuusverosta. Nämä muutokset merkitsevät sitä, että verrattain

suuria kustannuksia aiheuttanutta laskennallista käsitettä metsän puhdas tuotto ei tulla jatkossa käyttämään verolainsäädännössä, eikä sitä näin ollen ole saatavissa myöskään asiakasmaksuja varten. Tässä tilanteessa ratkaiseva kysymys on, halutaanko metsätuloja poikkeus muihin pääomatuloihin nähden säilyttää vai kohdellaanko sitä kuten muita pääomatuloja.

Mikäli jatkossakin halutaan, että maksut perustuisivat metsän laskennalliseen tuottoon kuten nykyisin, on metsätulon määrittelylle kehitettävä jokin muu korvaava muoto tai menettelytapa. Nykyisen kaltaisen järjestelmän luomisen etuna olisi se, että maksuilla ei olisi vaikutusta siihen, missä vaiheessa metsää myydään. Tämänhetkisten tietojen mukaan ainoa mahdollinen tapa olisi käyttää verottajan tietoja metsän pinta-aloista ja laskea esimerkiksi alueen keskimääräisen metsän myyntihinnan perusteella, jokin tuotto omistetulle metsäalalle. Pinta-alaperusteisen järjestelmän ylläpito on edullisempaa kuin nykyisen kaltainen puhtaan tuoton laskeminen, mutta se kuvaa metsän todellista arvoa harhaisesti (myyntihinnat ovat alempia kuin keskimääräiset metsien arvot).

Selkeämpi vaihtoehtona olisi, että kaikkia pääomatuloja kohdeltaisiin samalla tavoin maksua määrättäessä. Näin ollen metsätulotkin huomioitaisiin muun varallisuuden tavoin eli myyntivoittoja käytettäisiin maksun perusteena. Tällä saattaisi kuitenkin olla vaikutuksia siihen, että metsää ei myytäisi sellaisina aikoina, kun henkilö joutuu maksamaan tulosisännönsä asiakasmaksuja. Sama ongelma on myös muiden pääomatulolajien osalta. Metsän myyntitulojen jaksoittaminen muita pääomatuloja pidemmäksi ajaksi lieventäisi tätä ongelmaa.

Pääomatulojen jaksottaminen

Pääomatulot otetaan huomioon maksuja määritettäessä. Asiakasmaksujen osalta on noussut esille myös kysymys pääomatulojen tai muiden epäsäännöllisten tulojen jaksottamisesta. Myös epäsäännöllisten tulojen osuus lienee kasvanut. Mikäli pääomatuloja ei jaksotettaisi, kohdistuisivat tulot sattumanvaraisesti tietylle kuukaudelle. Eräs mahdollisuus olisi epäsäännöllisten tulojen jaksottaminen yhden vuoden jaksolle eli asiakasmaksuja määrättäessä otettaisiin huomioon sovitun ajanjakson pääomatuloista yksi kahdestoistaosa. Hallinnollisesti yksinkertaisinta olisi käyttää maksun perusteena verotuksessa vahvistettuja pääomatuloja. Verotuksessa sovellettavan tulon jaksottamista koskevan yleissäännön mukaan (ks. TVL 110.1 §) tulo katsotaan sen verovuoden tuloksi, jona se on nostettu, merkitty verovelvollisen tilille tai muutoin saatu vallintaan. Mikäli asiakassuhde alkaisi elokuussa 2005, asiakasmaksun perusteena olisivat vuoden 2003 pääomatulot. Tämä tarkoittaisi sitä, että tulot eivät vastaisi hoitoajankohdan mukaista tulotasoa.

Toinen vaihtoehto olisi, että asiakasmaksujen perusteena olisivat viimeisen 12 kuukauden pääomatulot tai edellisen kalenterivuoden pääomatulot. Näissä

tilanteissa pääomatulot olisivat ajankohtaisemmat kuin verotuksessa vahvistetut, mutta tulot perustuisivat pääosin palvelun käyttäjän omaan ilmoitukseen tai esittämään selvitykseen. Sinänsä pääomatulojen ja muiden epäsäännöllisten tulojen merkitys maksujen osalta ei liene kovin suuri ainakaan päivähoidon osalta, sillä useimmat sellaisista pääomatuloja saavista perheistä, joiden pääomatuloilla on merkitys maksua määrättäessä, maksavat jo muutenkin enimmäismaksua.

6.5.4 *Etuudet*

Eräs tulosidonnaisten maksujen selkeyttämiseen liittyvä kysymys koskee lainsäädäntöön sisältyviä luetteloita maksuista ja etuuksista, joita ei oteta huomioon maksua määrättäessä. Tulosidonnaisissa maksuissa eräs lähtökohta on ollut periaate, että tiettyjä, usein verovapaita tuloeria tai kustannusten korvauksia ei oteta tulona huomioon maksua määrättäessä. Nämä tuloerät luetellaan laissa erikseen mainiten. Yksi mahdollisuus olisi poistaa tarpeettomina erilliset maininnat sellaisista etuuksista, jotka on tarkoitettu henkilölle aiheutuneiden kustannusten korvaamiseen. Rajanveto kustannusten korvausten ja huomioitavien tulojen välillä on kuitenkin epäselvä.

Käytäntö on osoittanut, että tuloerien nimikkeiden ja säädösten muutokset sekä muut syyt johtavat siihen, että lainsäädäntöön sisältyvät luetteloiden tiedot saattavat olla puutteellisia tai vanhentuneita, eivätkä ne näin ollen ole yksiselitteisesti tulkittavia. Tältä osin tilanne tulee olemaan ongelma myös jatkossa. Selkeä yleisratkaisu edellä mainittuihin ongelmiin olisi verottomien etuuksien, tai laajemmin verottomien tuloerien, rajaaminen tulokäsitteen ulkopuolella ja verollisten etuuksien huomioiminen maksujen perusteina. Tällöin uusien etuuksien osalta olisi aina valmiina tieto, huomioidaanko kyseinen tulo vaikuttaa asiakasmaksuissa. Joitain verollisia tuloja olisi silti syytä jättää huomioimatta, mutta poikkeuksellisten tulojen lukumäärä olisi merkittävästi nykyistä lyhyempi.

Tällä hetkellä laissa mainituista nimikkeistä on vanhentuneita aikuiskoulutusraha ja työvoimapolitiittisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain mukainen ylläpitokorvaus. Aikuiskoulutusrahan on korvannut aikuiskoulutustuki ja koulutustuen ylläpitokorvaus on korvannut työvoimapolitiittisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain mukaisen ylläpitokorvauksen. (Laki työvoimapolitiittisesta aikuiskoulutuksesta (1990/763) on kumottu lailla julkisesta työvoimapalvelusta (2002/1295). Kertaluontoisia verottomia avustuksia kuten äitiysavustusta ja adoptiotukea ei liene syytä huomioida jatkossa tulona. Eläkkeensaajien hoitotuki on etuus, johon liittyen asiakasmaksujen tulokäsitemalli on epäyhtenäinen.

6.5.5 Tulosta tehtävät vähennykset

Vähennettävien menoerien osalta asiakasmaksujen tulokäsitteet ovat varsin yhdenmukaisia eri palveluiden osalta. Seuraavat menot vähennetään tuloista ennen maksujen määräämistä:

- suoritettavaksi vahvistetut elatusavut
- tosiasiallisista perhesuhteista johtuvat muut vastaavat kustannukset
- rahana maksettavat syytinkietuudet

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta ei vähennystä suoritettavista elatusavuista kuitenkaan tehdä siinä tapauksessa, jos elatusavun saajana on avio puoliso, jonka kanssa elatusavun suorittaja on asunut yhteistaloudessa välittömästi ennen laitoshoidon alkamista.

Vähennyksiin liittyvät käytännöt eroavat kunnittain, sillä laissa ei ole erikseen säädetty, mitä tarkoitetaan mm. tosiasiallisista perhesuhteista johtuvilla kustannuksilla tai vastaavilla. Eräs tällainen epäselvä kustannus on kunnalle maksettava edunvalvontamaksu.

Viime aikoina on noussut esille myös kysymys edunvalvontamaksun (holhouspalkkion) huomioon ottamisesta vähennettävänä menona maksua määrättäessä. Tämän asian osalta Kuntaliitto on ohjeistanut kuntia siten, että maksua määrättäessä voidaan vähentää maksetusta kohtuullinen palkkio, jos edunvalvonta on edellyttänyt työtä.

6.6 Asiakasmaksujen taso ja kustannuskehitys

Kunnallisista sosiaali- ja terveystalouksista perittävien asiakasmaksujen enimmäismäärät, maksukatot ja tulosidonnaisten maksujen perusteena olevat tulorajat on säädetty asiakasmaksulaissa tai -asetuksessa. Voimassa olevassa järjestelmässä maksuihin tai maksujen perusteena oleviin tulorajoihin ei ole liitetty indeksisidonnaisuutta tai muuta vastaavaa menettelytapaa, jonka perusteella maksut seuraisivat esimerkiksi kustannuksissa tapahtuvaa kehitystä. Palveluissa tapahtunut kustannuskehitys on otettu maksuissa huomioon aika ajoin tehtävillä erillisillä maksujen tarkistuksilla, jotka ovat edellyttäneet asianomaisten säädösten muuttamista.

Nykyiset maksut ovat olleet voimassa samansuuruisina vuodesta 2002 lukien. Vuonna 2002 tehdyt korotukset vaihtelivat vajaasta prosentista lähes 19 prosenttiin. Suurimmat korotukset tehtiin fysioterapian sarjahoidonmaksuun ja hammashuollon perusmaksuun. Kunnallisen maksukaton määrä säilyi muutoksessa lähes muuttumattomana ja muutamaa maksua alennettiin (erikoishammaslääkärin perusmaksu ja hammashoidon alin toimenpidemaksu). Samassa yhteydessä poistettiin laitoshoidon perusmaksu.

Maksujen osuus palvelujen rahoituksesta on pienentynyt, koska maksuja ei ole korotettu vuoden 2002 jälkeen ja tänä aikana sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset ovat jatkaneet kasvua. Kustannustason muutoksen huomioon ottaminen maksuissa merkitsisi tarvetta maksujen korottamiseen. Maksujen korotustarvetta arvioitaessa olisi otettava huomioon myös kansalaisten maksukyvyssä tapahtunut kehitys, johon on osaltansa vaikuttanut muun muassa tehdyt veroratkaisut, ansiotasossa tapahtunut kehitys sekä työeläkejärjestelmän laajentuminen. Toisaalta korotusten suuruutta arvioitaessa on otettava huomioon myös se, että suuret maksujen korotukset voivat lisätä tarvetta yksilökohtaisen harkinnan perusteella tehtäviin maksuvapautuksiin tai maksujen alentamisiin. Tämä voisi lisätä jonkin verran hallinnollisia kustannuksia.

Viime aikoina on eri yhteyksissä kiinnitetty myös huomioita siihen, että asiakasmaksujen tulisi seurata palvelujen kustannusten kehitystä. Valtioneuvoston 11.3.2005 antaman vuosia 2006-2009 koskevan *kehyspäättöksen* mukaan *sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuissa otetaan huomioon kustannusten kehitys vuodesta 2006 lukien*. Peruspalveluohjelmaa valmistelevan ministeriryhmän 14.3.2005 hyväksymän vuosia 2006-2009 koskevan *peruspalveluohjelman* mukaan osana kuntien menojen ja tulojen tasapainottamista koskevana toimenpiteenä *sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädäntöä muutetaan siten, että maksuissa otetaan huomioon palvelujen kustannusten kehitys*. Niinikään *Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmää arvioinut sisäasiainministeriön asettama johtoryhmä* on vuoden 2004 lopussa valmistuneessa raportissaan ottanut kantaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin. Raportin mukaan *”Kuntien perimien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen tulisi seurata kustannustason muutosta erikseen päätettävän indeksin pohjalta.”* Johtoryhmässä on ollut esillä vaihtoehto, että asiakasmaksut seuraisivat uudessa valtionosuusjärjestelmässä käyttöön otettavan peruspalvelujen hintaindeksin kehitystä. Valtionosuusjärjestelmässä vuoden 2006 alussa käyttöön otettava indeksi on painotettu sosiaali- ja terveystoimen (2/3) ja kulttuuri- ja opetustoimen (1/3) käyttömenoilla. Uusi indeksi mittaa luotettavalla tavalla valtionosuustehtävien eli peruspalvelujen kustannuksissa tapahtuvia muutoksia.

Kustannus- tai ansiotasossa tapahtuva kehitystä on mahdollista ottaa huomioon asiakasmaksuissa ja maksujen perusteena olevissa tulo rajoissa indeksidonnaisuuden avulla. Tällä tarkoitetaan menetelmää, jossa tiettyä etuutta, tulo rajaa tai rahamäärää tarkistetaan erikseen määritellyn indeksin kehityksen mukaisesti. Käytettävä indeksiperuste ja tarkistustekniikka voi vaihdella käyttötarkoituksen mukaan. Indeksitarkistusten automaattinen soveltaminen on sosiaaliturvaetuuksissa melko yleistä. Tämän järjestelmän tavoitteena on säilyttää maksussa olevien etuuksien taso suhteessa sovittuun vertailutasoon. Erityisen tärkeitä on etuuden arvon säilyttäminen pitkäkestoissa etuuksissa.

Vakiomääräisiin, palvelujen käyttäjän tuloista riippumattomiin maksuihin indeksisidonnaisuuden määrittäminen on yksinkertaisempaa kuin tulosisidonnaisuuden maksuihin. Indeksitarkistusmenettelyn liittämiseksi tulosisidonnaisuuden maksuihin on otettava huomioon palvelujen eri käyttäjäryhmien tulokehityksen vaihtelu, mikä muuttaa palvelujen käyttäjien tulojakaumaa. Pääasiassa palkkatulojen varassa elävien kotitalouksien tulokehityksen mukaisesti tarkastuksiin soveltuu hyvin indeksisarja, jossa ansiotasoindeksillä on suuri painoarvo. Sen sijaan lähinnä sosiaaliturvaetuuksien varassa elävien kotitalouksien tulokehitys voi olla hitaampaa, jolloin ansiotasoindeksiin perustuva indeksitarkistus ylittää kotitalouksien tulokehityksen.

Asiakasmaksuihin ja maksujen perusteena oleviin tulorajoihin liitettävä indeksitarkistusmenettely on toteutettavissa monin erilaisin keinoin. Indeksitarkistus on toteutettavissa joko harkinnanvaraisesti tai automaattisesti. Harkinnanvaraisessa menettelyssä seurataan erikseen määritellyn vertailuindeksin kehitystä ja tarpeen mukaan tehdään vertailuindeksin osoittama muutos maksuihin. Hallinnollisesti yksinkertaisempi olisi sellainen järjestelmä, jossa indeksitarkistus toteutettaisiin automaattisesti vertailuindeksin kehityksen mukaisesti. Tällöin indeksitarkistus voitaisiin tehdä määräajoin (esim. vuosittain, joka toinen vuosi tai vieläkin harvemmin) vertailuindeksin osoittaman muutoksen mukaisesti tai portaittain siten, että maksun määrää tarkistetaan, kun vertailuluvun muutos ylittää etukäteen sovitun kynnyksarvon.

Maksujen korotuksilla ei välttämättä olisi merkittäviä vaikutuksia palvelujen kokonaiskäyttöön taikka –kustannuksiin ilman palvelulainsäädännön muuttamista. Maksujen ohjausvaikutus on heikko etenkin niissä maksuissa, joissa asiakkaan tosiasiallinen päättävä valta käytettävien palveluiden määrästä ja sisällöstä on vähäinen tai olematon. Tulonjaon kannalta maksujen korotusten vaikutukset ovat regressiivisiä. Maksut yleisimmin pahentavat toimeentuloeroja, sillä maksut ja niiden kasautuminen koskevat usein erityisesti pienituloisia.

6.7 Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukattojen ja sairausvakuutuksen vuosiomavastuuosuuksien yhdistäminen

Eduskunta on edellyttänyt asiakasmaksulain muutosta käsitellessään (EV 211/2001, HE 187/2001), että hallitus selvittää terveydenhuollon asiakasmaksujen ja maksukaton samoin kuin sairausvakuutuksen omavastuiden vaikutuksia palveluiden käyttäjien ja kuntien taloudelliseen asemaan sekä selvittää mahdollisuudet yhtenäisen maksukaton aikaansaamiseen. Yhtenäisen maksukaton toteuttamisessa on otettava huomioon järjestelmien erilaisuus perustellaan ja yksityiskohdiltaan (mm. lainsäädäntö, rahoitus, ”maksukattojen” taso) sekä yhtenäisen katon rahoitukseen, toteutukseen ja hallinnointiin liittyvät kysymykset.

Yksi ratkaisumalli asiakkaiden kohtuuttoman maksurasituksen estämiseksi ja muiden sosiaalipoliittisten tavoitteiden yhdistämiseksi ovat valtakunnalliset maksukatot. Maksukatoissa on erilaisia vaihtoehtoja katon laajuuden (sisäl-
lön), euromääräisen tason, tulosidonnaisuuden ja yksilö- tai perhekohtaisuuden suhteen. Nykyisin terveydenhuollossa on useita maksu- ja omavastuu-
osuuskattoja. Maksukatot eivät koske tulosidonnaisia maksuja. Ongelmana
pidetään erityisesti sitä, että erilliset omavastuukatot eivät aina turvaa asiak-
kaan kokonaismaksurasituksen kohtuullisuutta.

Taulukko 8. Kunnallinen maksukatto, ns. "välikatot" ja sairausvakuutuksen maksukatot

	Kunnallinen maksukatto	TK-maksut		Sarjahoi- to(krt/v)	Alle 18-v lyhytaik. laitoshoito	SV:n lääkekat- to	SV:n matka- katto	Kuntou- tuksen matkakatto
		Vuosi- maksu	Käynnit					
1993	-	16,82	8,41x3	50	19,34x7	521,38	151,37	-
1994	-	16,82	8,41x3	50	19,34x7	521,38	151,37	-
1995	-	16,82	8,41x3	50	19,34x7	531,14	151,37	-
1996	-	16,82	8,41x3	50	19,34x7	532,52	151,37	151,37
1997	-	16,82	8,41x3	50	21,02x7	535,64	151,37	151,37
1998	-	16,82	8,41x3	50	21,02x7	545,00	151,37	151,37
1999	-	16,82	8,41x3	50	21,02x7	552,13	151,37	151,37
2000	588,66	20,18	10,09x3	50	22,71x7	558,37	151,37	151,37
2001	588,66	20,18	10,09x3	50	22,71x7	580,20	157,26	151,37
2002	590	22	11x3	45	26x 7	594,02	157,26	151,37
2003	590	22	11x3	45	26 x 7	601,15	157,26	151,37
2004	590	22	11x3	45	26 x 7	604,72	157,26	151,37
2005	590	22	11x3	45	26 x 7	606,95	157,25 ¹¹	-

Julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen vuotuisen omavastuuosuuden yhdistämien on lähtökohtaisesti asiakkaan näkökulmasta perusteltua. Yhteisen maksukaton toteuttaminen edellyttäisi kuitenkin periaatteellisten kysymysten ja lukuisten käytännön ongelmien ratkaisemista. Periaatteellisista kysymyksiä tulee ensinnäkin mahdollisuudesta yhteensovittaa kaksi hyvin eri-
laista ja eri perusteisiin sekä eri lainsäädäntöön pohjautuvaa maksujärjestelmää. Asiakasmaksulainsäädäntö ja sairausvakuutuslain sairaanhoitokorvauksi-
en omavastuuosuuksia koskevat säännökset eroavat sekä perustaltaan että yksityiskohdiltaan. Yhteisen katon toteuttamisen edellytyksenä olisi lainsäädäntöjen eroavuuksien yhteensovittamista yhtenäiseksi, ymmärrettäväksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi. Tällä hetkellä molempien lainsäädäntöjen sisäl-
läkin on useita periaatteellisia ja käytännöllisiä eroja kattojen välillä, joten ensimmäisenä edellytyksenä on lakikokonaisuuksien sisäinen selkiyttäminen ja yhtenäistäminen. Vasta sen jälkeen olisi mahdollista tutkia laajempia yhdis-
tämismahdollisuuksia.

¹¹ Vuoden 2005 alusta sairausvakuutuksen ja Kelan järjestämän kuntoutuksen matkakustannuksille
säädettiin yhteinen maksukatto

Kunnallisessa terveydenhuollossa käytössä olevien yksittäisten maksujen ns. välikattojen seuranta ja täytyminen ei ole erityisen ongelmallista, koska maksut kertyvät usein yhdestä toimintayksiköstä. Järjestelmä kuitenkin lisää hallinnollista työtä ja vaatii seurantajärjestelmän rakentamisen. Sen sijaan kunnallista maksukattoa kerryttävät maksut muodostuvat useissa eri terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä sekä näiden ostopalveluyksiköissä järjestetyistä tutkimuksista ja hoidoista. Yleensä maksukatto kuitenkin täyttyy vain silloin, kun kysymyksessä on laitoshoidojakso. Maksukaton seuranta jää usein palvelun käyttäjän vastuulle, silloin kun häntä on hoidettu useissa eri yksiköissä. Jos hoitopaikkoja on vain 1- 2, maksukaton seuranta ei tuota juurikaan ongelmia.

Sairausvakuutuslain eri etuuksille ja omavastuiden tasolle on asetettu erilaiset tavoitteet. Matkakorvauksilla on haluttu turvata tasavertaiset mahdollisuudet hoidon saamiseen asuinpaikasta riippumatta ja matkojen omavastuukaton asettamisella helpottaa erityisesti usein hoitoa tarvitsevien tilannetta. Lääkekustannusten katon käyttöönoton taustana on, ettei ole tarkoituksenmukaista eikä käytännössä mahdollistakaan sisällyttää erityiskorvattaviin kaikkia harvinaisia sairauksia, joista aiheutuu toistuvia lääkekustannuksia. Lisäksi matkojen ja lääkkeiden kattokorvauksia koskevat sairausvakuutuslain säännökset poikkeavat toisistaan mm. vuosiomavastuuseen sisällytettävien kustannusten, korvauksen maksurajan ja vuosiomavastuun määrän korottamisenmenettelyn osalta. Lääkkeiden vuosiomavastuun määrää korotetaan vuosittain elinkustannusindeksillä kun taas matkojen vuosiomavastuun korottamisesta säädetään lailla.

Toinen keskeinen kysymys on yhteisen maksukaton rahoitus. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sairausvakuutusjärjestelmän rahoitus on järjestetty hyvin eri tavoin. Kunnallisen maksukaton piiriin kuuluvat palvelut rahoitetaan kunnallisveroilla ja valtionosuuksilla sekä asiakasmaksuilla. Sairausvakuutuksen rahoitusta uudistetaan siten, että sairaanhoitoetuudet rahoitetaan vakuutettujen maksuilla ja valtion osuudella. Yhteisen maksukaton toteuttaminen edellyttää sen ratkaisemista, mikä taho ja millä perusteilla vastaisi yhteisen, mahdollisesti nykytasoa alemman maksu- ja omavastuukaton kustannusseuraamuksista sekä rahoittaisi katon täyttymisen jälkeiset palvelut ja korvaukset. Säännöksistä, asiakkaiden käyttäytymisestä, asioiden käsittelytavasta, tekniikoista ym. syntyy käytännössä erilaisia tilanteita, joissa katon ylittävän osuuden maksaja määräytyy sattumanvaraisesti, ellei rahoitusperiaatteita ole selvästi etukäteen sovittu.

Kolmas keskeinen kysymys on yhteisen katon taso. Olemassa olevien kattojen perusteet ja nykytasot ovat erilaisia ja tasoon ovat vaikuttaneet muutkin perusteet kuin taloudelliset seikat. Jos lisärahoitusta kattojen yhdistämiseen ei ole käytettävissä, joudutaan väistämättä tilanteeseen, jossa toisten kattorajojen laskiessa toiset nousevat, ja viimeainittuja palveluja tarvitsevien asiakkaiden asema huononee nykyisestä. Näin käy erityisesti matkakatoille. Tason muuttu-

essa katon alkuperäinen tarkoitus ei välttämättä enää toteutuisi. Ilman lisärahoitusta yhteisen maksukaton taso nousisi niin korkeaksi, että järjestelmä edellyttäisi pitkäaikaissairaiden ja pientuloisten osalta erityissäännöksiä esim. tulosidonnaisen maksukaton luomista yleisen maksukaton rinnalle.

Neljäs edellisten kohtien tuloksista pitkälti riippuvainen ja siten viimeisenä selvitettävä kysymys on yhdistetyn katon toteuttamismenettely, hallinnointi ja tekniikka. Järjestelmän toimivuus edellyttäisi reaaliaikaisen tietojärjestelmän luomista. Yhteiseen kattoon liittyy hyvin paljon yksittäisiä tapahtumia, joiden käsittelystä aiheutuu mittava hallinnollinen työ. Sekä kattorajan saavuttavien henkilöiden ja tapahtumien lukumäärä on kokonaisuudessaan niin suuri, ettei yhteisen katon toteuttaminen ilman kattavan, reaaliaikaisen tietojärjestelmän tukea ole käytännössä mahdollista. Edistyneinkään tietojärjestelmä ei kuitenkaan korvaa lainsäädännön puutteita eikä ongelmia, vaan toimivan prosessin ja käyttäjiä ja prosessia tukevan tietojärjestelmän mahdollistaa vain perusteellisesti valmisteltu, yksinkertainen ja ymmärrettävä lainsäädäntö.

Koko maan kattavassa, erillisten ja erilaisten toimijoiden ympäristössä yhteisen katon toteutus edellyttäisi katon hallinnoinnin selkeää organisointia. Vastuut kustannustietojen kokoamisesta, kattoratkaisujen tekemisestä, osapuolien informoinnista ym. toteutuksen kannalta välttämättömistä toimenpiteistä on myös hajanaisen toimintaympäristön vuoksi määriteltävä yksityiskohtaisesti säädöksillä ja ottaen tietosuoja huomioon.

Sairausvakuutuksen omavastuukaton vuosittain saavuttavien henkilöiden määrä on erityisesti lääkkeissä noussut alkuajoista moninkertaiseksi, mihin säädöksiä laadittaessa ei oltu varauduttu. Alun muutamasta kymmenestä tuhannesta henkilömäärä on noussut yli 180 000:een vuodessa. Tähän on vaikuttanut vuosiomavastuun korotuksessa käytettävää elinkustannusindeksiä selvästi nopeampi lääkekustannusten nousu. Kun korvaus on lähes 100 prosenttinen, kustannusten tarpeellisuuden varmistaminen on välttämätöntä ennen korvauksen maksamista. Tämän yksilöllisen harkinnan ohella kattokorvausten käsittelylle on tunnusomaista kaksivaiheisuus, mikä sinänsä jo aiheuttaa työtä tavallisen korvauksen käsittelyä enemmän. Sairausvakuutuksen kattokorvausten käsittely on tietojärjestelmien pitkälle viedystä hyväksikäytöstä huolimatta suuri ja kallis hallinnollinen työ. Yhden ratkaisun kustannuksiksi on Kelassa vuonna 2003 laskettu 10,2 euroa. Työ painottuu vuodenvaihteisiin ja on altis ruuhkautumiseen, mikä korvauksen muutoinkin takautuva luonne huomioonottaen on asiakkaiden kannalta huono asia.

Terveystieteiden maksukaton seuranta on helpottanut merkittävästi siirtyminen henkilökohtaisesta vuoden mittaisesta kertymäkaudesta kalenterivuoden mittaiseksi ajanjaksoksi, jonka seurauksena kaikilla palvelujen käyttäjillä kertymäkausi alkaa 1.1. ja päättyy 31.12. Kertymäkausi on sama kuin sairausvakuutuksen lääke- ja matkakustannusten vuosiomavastuulla. Kunnallisen

sosiaali- ja terveydenhuollon maksukattokertymää seurattaessa ja vapaakorttia kirjoitettaessa on lähdettävä siitä, että potilaalle määrätyt maksut luetaan maksukertymään. Esimerkiksi henkilö, joka on yhdenjaksoisesti sairaalassa 30 hoitopäivää, ei yleensä sinä aikana saa välilaskua. Siten hoitopäivämaksulasussa on jo huomioitava maksukaton täytyminen. Muussa tilanteessa, järjestelmä joutuisi tekemään korjauslaskutuksen ja maksujen palautuksen. Järjestelmä eroaa sairausvakuutuksen vuosiomavastuujärjestelmistä siten, että sairausvakuutuksesta korvataan maksettuja omavastuita tai omavastuuosuuden ylityksiä, kun kunnallisessa terveydenhuollossa koko maksulla kerrytetään maksukattoa. Jos yhteinen maksukattokertymä säädettäisiin, tulisi ratkaista, miten meneteltäisiin tilanteissa, joissa kunnallisille maksuille on maksuaikaa, mutta sairausvakuutuslain mukaiset omavastuuosuudet katsotaan maksetuiksi, ennen kuin sairausvakuutuksesta korvausta haetaan.

6.8 Sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo

Nykyinen lainsäädäntö tukee rajoitetusti kunnallisen maksupolitiikan luomista. Kuntien näkökulmasta on tärkeää, että maksusäännökset antavat riittävät mahdollisuudet paikallisten tarpeiden huomioon ottamiseen. palvelun käyttäjän näkökulmasta maksupolitiikan tulisi osaltansa turvata kansalaisten sosiaalisten perusoikeuksien toteutumista, jolloin tulisi arvioida, mitä peruspalvelut saavat maksaa käyttäjälle ja kuinka suuria kuntien välisiä eroja niissä voidaan pitää perusteltuna.

Maksujärjestelmän lähtökohtana on ollut, että säännöksiin määritellään keskeisimpien maksujen enimmäismäärät, joiden rajoissa kunnat voivat itse päättää maksuista. Enimmäismaksujen on katsottu riittävästi turvaavan kansalaisten yhdenvertaisuuden. Toisaalta nykyistä järjestelmää kritisoidaan valtakunnallisesti tarkasteltuna eriarvoisuuden aiheuttamisesta. Ongelmallisena on pidetty määrällisesti ja laadullisesti samantyyppisten palvelujen suuriakin kuntakoh- taisia eroja käyttäjiltä perityissä maksuissa erityisesti sääntelemättömissä maksuissa. Kuntien väliset erot palveluissa ja niistä perittävistä maksuista voi joh- tua monista eri syistä mm. siitä, että kunta järjestää asukkailleen paikalliset olosuhteet huomioon ottaen palveluita lainsäädännön asettamissa puitteissa eri tavoin. Lisäksi kunta voi periä maksut enimmäismääräisinä, alennettuna kai- kilta tai erityisryhmiltä tai poistaa maksut esimerkiksi erityisryhmiltä taikka yksittäistapauksissa. Asian perusteellinen arviointi edellyttäisi, että maksujen lisäksi otettaisiin huomioon palvelujen sisältö ja laatu ja niiden suhde maksui- hin.

Kansalaisten yhdenvertaisuus ja se, että toimeentuloturva määritellään valta- kunnallisesti, puoltaa kuitenkin jonkinlaista valtakunnallista maksujen sääte- lyä. Maksujen enimmäismäärien sääntelyllä on mahdollista myös turvata mak- sujen säilyminen sellaisella tasolla, että yksittäisen maksun suuruus ei muo-

dostu esteeksi palvelujen käyttämiselle. Yhtenäiset maksujärjestelmät voivat olla helpommin sovitettavissa yhteen muiden sosiaalipoliittisten järjestelmien (esim. toimeentuloturvaetuuksien) ja verotuksen kanssa. Myös mahdollisten tuloloukkuongelmien ratkaisu on vaikeampaa, jos maksuissa on suuria kunta-kohtaisia eroja.

Tarkasteltaessa asiakasmaksujen sääntelytarvetta on arvioitava, minkälaisen maksujen tulisi olla yhtenäisiä valtakunnallisesti. Kysymys on siitä, minkälaiset raamit kunnan harkinnalle asetetaan. Asiaksmaksurahoituksen osuuden pitäminen suunnilleen nykytasolla edellyttäneen maksujen valtakunnallista sääntelyä. Esimerkiksi säännöllisen ja jatkuvan kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon kuukausimaksuille on säädetty asetuksessa enimmäisrajat. Tukipalvelujen ja vanhusten palveluasumisen maksuista ei ole erityissäännöksiä, jolloin niistä voidaan periä enintään palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten mukainen maksu. Sama koskee vanhusten palveluasumiseen liittyviä maksuja. Jotkut palvelut (esim. siivous) voidaan käytännössä määritellä asiakas-kohtaisesti joko tukipalveluiksi tai osaksi kodinhoitoapua. Hallinto-oikeuksille asiakasmaksupäätöksistä tehtyjä valituksia koskevan Pantin selvitystyö osoitti selkeästi, että ”sääntelemättömissä maksuissa” (= maksu peritään kunnan päättämien perusteiden mukaan ja kunnan päättämän suuruisena) soveltamiskäytännöt vaihtelevat maan eri alueilla ja asiakkaiden kohtelu maksujen osalta valtakunnallisesti on erilaista.

Asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja pyritään usein sovittamaan yhteen. Sen sijaan asiaksmaksu voidaan määrätä kustakin palvelusta erikseen. Säännöksiä maksujen ja omavastuuosuuksien yhteisvaikutuksen arvioinnista ei ole. Käyttäjän ja muidenkin osapuolten näkökulmasta olisi tärkeää tarkastella yksittäisten maksujen lisäksi maksuista syntyvää kokonaisrasitusta. Paljon palveluja tarvitsevilla kotitalouksilla avohoidon osin tulosidonnaiset maksut saattavat kohota jo melko matalilla tulotasoilla huomattaviksi. Myös kasautuvista lähinnä terveydenhuollon tasamaksuista saattaa muodostua merkittävä menoerä palvelun käyttäjille kunnallisesta maksukatosta huolimatta. Vaikka yksittäiset palvelut saattavat olla kohtuuhintaisia, yhteenlaskettuna maksuista ja omavastuuosuuksista syntyvä rasitus voi olla niin suuri, että kotitalouden toimeentulo heikentyy kohtuuttomasti. Jos avohoitoon liittyvät kustannukset koetaan kalliiksi, laitoshoidon voi alkaa tuntua houkuttelevalta vaihtoehdolta. Tällöin asiakasmaksut eivät kannusta avohoitoon.

Avohoidossa ei ole säännelty maksujen jälkeen kotitaloudelle jääviä vähimmäiskäyttövaroja. Jotkut kunnat ovat itse määritelleet avohoidon käyttövaroilte vähimmäismäärän (lähinnä palveluasunnoissa asuvia varten). Ääritapauksissa etenkin keski- ja hyvätuloliselle henkilölle voi jäädä avohoidossa vähemmän käyttövaroja (vapaasti käytettävissä olevia tuloja palvelumaksujen, omavastuuosuuksien ja asumismenojen jälkeen) kuin laitoshoidossa. Jos avo-

hoidon asiakasmaksut ehkäisevät tarpeellista palvelujen käyttöä, ne saattavat pitemmällä aikavälillä lisätä kuntien laitoshoidon kustannuksia.

7 TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET

7.1 Maksujärjestelmän yleiset periaatteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmä on keskeisiltä osiltaan edelleen toimiva ja perusteltu (kts. luku 3), vaikka asiakasmaksuja ohjaavan järjestelmän läpinäkyvyyttä ja selkeyttä on eräiltä osin parannettava.

Sosiaali- ja terveystalvelujen verorahoitteisuus tulee säilyttää palvelujen rahoitusjärjestelmän perustana ja maksupolitiikan tulee tukea sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettujen yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden toteutumista.

Asiakasmaksuilla on kaksi keskeistä tavoitetta: rahoituksellinen ja palvelujen käytön ohjaaminen. Verorahoitteisessa järjestelmässä maksuilla voidaan osa kustannusvastuusta kohdentaa suoraan palvelun käyttäjälle. Jatkossakin palvelujen käyttäjiltä peritään kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista niiden luonteesta riippuen asiakasmaksuja joko tasasuuruksina tai tulosidonnaisina. Tasamaksuja tulee käyttää satunnaisesti ja lyhytaikaisesti käytettävissä palveluissa. Tulosidonnaiset maksut ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun palvelujen käyttö kestää pitkään. Asiakkaalta perittävillä maksuilla – tasamaksuilla ja tulosidonnaisilla maksuilla – tulee olla yläraja, jonka määrä voi olla enintään palvelujen tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen.

Maksujen tulee olla kohtuullisella tasolla eikä niiden suuruus saa muodostua esteeksi tarpeellisten sosiaali- ja terveystalvelujen käytölle. Toimikunnan näkemyksen mukaan maksujen osuus palvelujen rahoituksesta tulee säilyttää reaalisesti nykyisen tasoisena, kun otetaan huomioon edellisen vuonna 2002 toteutetun maksujen korotusten jälkeen tapahtunut kustannustason muutos. Eräisiin rakenteellisiin muutoksiin liittyen joistakin palveluista perittävien maksujen reaalitaso kasvaa nykyiseen verrattuna.

Maksuissa on otettava huomioon palvelujen kustannuskehitys. Tämä toteutetaan indeksitarkistusmenettelyä käyttöön ottamisella.

Rahoitusnäkökulman lisäksi maksuja tulee käyttää palvelujen käytön ohjaamisessa sellaisissa palveluissa, joiden käyttöön maksuilla voidaan vaikuttaa ja joissa palvelujen käyttöä voidaan ohjata sosiaali- ja terveystalvelu- ja terveydenhuollon mukaisesti.

Kunnat päättävät maksujen käyttöön ottamisesta ja yksittäisten maksujen suuruudesta säädettyjen enimmäismäärien puitteissa. Asiakasmaksutulot jäävät

edelleen kunnan tuloksi eikä niillä tule olla vaikutusta kuntien saamien valti-onosuuksien määrään. Asiakasmaksujen korotuksilla ei tulisi myöskään automaattisesti tasata esimerkiksi verolainsäädännössä toteutettavista muutoksista (esim. verojen kevennys) kunnille aiheutuvia tulojen menetyksiä.

Maksujärjestelmän keskeisenä lähtökohtana on normaalisuuden ja yleisten palvelujen periaate siten, että maksut kohdistuvat kaikkiin palvelujenkäyttäjiin yhdenmukaisin perustein. Järjestelmän uudistaminen ei kuitenkaan saa johtaa sellaiseen tilanteeseen, jossa jonkin erityisryhmän lain mukainen asema heikentyisi normaalisuus -periaatteen tavoitteiden vastaisesti (kts. luku 6.1). Tämän periaatteen toteutuminen tulisi ottaa huomioon maksujärjestelmässä säätämällä eräisiin erityispalveluihin poikkeuksia pääsäännöstä.

Maksujärjestelmään tulee sisällyttää vain maksuja, niiden perusteita ja maksujärjestelmän hallinnointia koskevat säännökset. Järjestelmän selkeys ja läpinäkyvyys edellyttää, että maksulainsäädäntöön ei sisällytetä palvelujen sisältöä koskevia säännöksiä. Palvelujen sisällöstä on säädettävä erityislainsäädännössä. Maksusäännöksissä on otettava huomioon väestön yhdenvertaisuuden ja kunnallisen itsehallinnon välinen tasapaino. Maksujärjestelmän hallinnointi tulee säilyttää mahdollisimman yksinkertaisena.

Nykyiseen maksujärjestelmään sisältyy kuitenkin eräitä rakenteellisia tarkistustarpeita, joilla voitaisiin parantaa järjestelmän selkeyttä, läpinäkyvyyttä ja ymmärrettävyyttä. Nykyisessä maksujärjestelmässä säädetään sekä maksullisista että maksuttomista sosiaali- ja terveyspalveluista. Järjestelmää tulisi selkeyttää ja sen läpinäkyvyyttä lisätä siten, että asiakaslainsäädäntöön sisällytettäisiin vain säännökset niistä palveluista, joista voidaan periä joko tulositonainen tai tasamaksu. Tällöin kunta voisi edelleen päättää maksun suuruudesta säädetyn enimmäismaksun puitteissa. Mikäli lainsäädännössä olisi säädetty vain palvelun maksullisuudesta, mutta ei enimmäismaksusta, kunta voisi päättää maksuun suuruuden, joka ei saa ylittää kuitenkaan palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten määrää. Mikäli palvelusta ei olisi asiakasmaksulainsäädännössä säädetty mitään, palvelun käyttämisestä ei saisi periä asiakkaalta maksua. Palvelujen käyttäjän näkökulmasta järjestelmän ymmärrettävyys ja läpinäkyvyys parantuisi, koska palvelujen käyttäjä olisi aina tietoinen mihin nimenomaiseen lainkohtaan häneltä perittävä asiakasmaksu perustuu.

Voimassa olevassa lainsäädännössä enimmäismaksuista ja maksujen perusteenä olevista tuloajoista on säädetty sekä asiakasmaksulaissa että asiakasmaksuasetuksessa. Laissa on säännökset maksujen perusteiden lisäksi lasten päivähoiton, pitkäaikainen laitoshoidon ja omaishoitajan lakisääteisen vapaan maksuista sekä kunnallisesta maksukatosta. Muilta osin enimmäismaksuja koskevat säännökset sisältyvät asetukseen. Järjestelmän selkeyden kannalta ei ole tarkoituksenmukaista, että maksujen enimmäismääristä säädellään osin laintasolla ja osin asetustasolla.

Maksujärjestelmän selkeyden kannalta kaikki enimmäismaksuja koskevat säännökset tulisi sisällyttää samaan säädökseen. Ottaen huomioon perustuslain 19 §:n 3 momentin vaatimuksen sosiaali- ja terveystalouden riittävästä saatavuudesta että perustuslain 121 §:n kunnallista itsehallintoa eli kuntien taloudellista itsemääräämisoikeutta koskevan säännöksen, asiakasmaksujen enimmäismäärästä tulisi säätää lain tasolla. Kunnallisista sosiaali- ja terveystalouksien toteutumisen näkökulmasta (esim. kunnallinen maksukatto tai pitempiaikaisesta palvelusta perittävä maksu). Toisaalta lainsäädännössä asetetuilla enimmäismaksuilla puututaan kuntien taloudelliseen päätösvaltaan, joka osaltansa edellyttää lailla säätämisen tarvetta.

TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET:

- Nykyisen maksujärjestelmän seuraavat keskeiset peruslinjaukset tulee säilyttää
 - verorahoitteisuus tulee säilyttää palvelujen rahoituksen perustana
 - maksupolitiikan tulee tukea sosiaali- ja terveyspolitiikan yhteiskuntapoliittisia tavoitteita
 - jatkossakin kunta edelleen päättää palvelusta perittävän maksun suuruuden lainsäädännössä määriteltyjen maksujen enimmäismäärien asettamisrajoissa
 - palveluista perittävät maksut eivät saa ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvien kustannuksia
 - maksut ovat lyhytaikaisesti ja satunnaisesti käytettävissä palveluissa tasasuuruksia ja pitkäkestoissa palveluissa tulosidonnaisia
 - asiakasmaksutulot eivät vähennä kuntien valtionosuuksia
- Palvelun käyttäjältä voidaan periä maksu vain sellaisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, jotka ovat säädetty maksullisiksi asiakasmaksulaissa
- Maksujen osuus palvelujen rahoituksessa säilytetään vähintäänkin nykytasolla ja
- Maksujen reaalitaso tulee säilyttää indeksisidonnaisuuden käyttöön ottamisella
- Maksuilla ohjataan palvelujen käyttöä palveluissa, jos se tukee sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumista
- Asiakasmaksulainsäädännössä on otettava huomioon normaalisuuden ja yleisten palvelujen periaate
- Maksujärjestelmään ei tule sisällyttää palvelujen sisältöä tai laatua koskevia säännöksiä
- Maksujärjestelmän hallinnointi tulee säilyttää mahdollisimman kevyenä

TOIMIKUNNAN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET:

Maksujärjestelmän selkeyttä, läpinäkyvyyttä ja ymmärrettävyyttä lisää se, että maksujärjestelmän säännökset sisällytetään kaikki samaan säännökseen, asiakasmaksulakiin.

Maksujärjestelmän uudistaminen siten, että vain niistä sosiaali- ja terveyspalveluista voidaan periä maksu, joista on säädetty laissa, yhdenmukaistaa maksujärjestelmää eri alueiden kesken. Palvelujen käyttäjien näkökulmasta järjestelmän läpinäkyvyys ja oikeusturva parantuu, koska järjestelmässä palvelun käyttäjä tietää mihin nimenomaiseen lainkohtaan häneltä perittävä maksu perustuu. Muutos rajoittaa nykyjärjestelmään verrattuna kuntien mahdollisuuksia päättää asiakasmaksuista. Nykyisessä järjestelmässä kunnat ovat voineet periä maksun niistä palveluista, joita ei ole lailla säädetty maksuttomiksi.

7.2 Terveystenhuollon maksut

Terveyskeskuksissa perittävät maksut

Terveyskeskusten järjestämä perusterveydenhuolto muodostaa keskeisen osan maamme kunnallista terveydenhuoltoa. Palvelut ovat monin osin maksuttomia, poikkeuksena kuitenkin mm. avosairaanhoidon lääkäri- ja hammaslääkärikäynnit, hammashoito, vuodeosastohoito, sarjahoito ja kotisairaanhoito. Myös lääkärin- ja hammaslääkärintodistuksista ja –lausunnoista voidaan periä maksu.

Avosairaanhoidon lääkäri- ja hammaslääkärikäyntien maksujärjestelmä on varsin monimuotoinen ja osin sekava, minkä vuoksi järjestelmää tulisi uudistaa. Toimikunta ehdottaakin, että käytössä olisi jatkossa kaikissa kunnissa yhtäläinen malli sekä arkisin ajanvarausaikaisille vastaanotoille ja samoin yksi malli päivystysaikaisille maksuille.

Toimikunta on käsitellyt työnsä aikana kahta eri vaihtoehtoista mallia järjestelmän selkeyttämiseksi ja terveyskeskusmaksuihin liittyvän välikaton poistamiseksi (enintään kolme käyntikertaa/v). Ensimmäinen vaihtoehto, jota toimikunta on käsitellyt, on ollut vuosimaksumalli. Mallissa maksut eivät muodostu esteeksi etenkin paljon palveluja käyttäville. Vuosimaksumallissa voitaisiin kuitenkin säilyttää nykyinen vaihtoehto, jossa henkilö, joka ei halua maksaa vuosimaksua, voi maksaa erikseen jokaiselta käynniltä. Valinnan tulee kuitenkin olla potilaan itsensä tekemä.

Toisessa vaihtoehdossa nykyiset maksusäännökset muutettaisiin siten, että arkisin ajanvarausaikana tulisi ottaa käyttöön yksinomaan käyntimaksuun perustuva malli. Asiakkaalta voitaisiin periä mallissa käyntimaksu kunnallisen maksukaton asettamissa rajoissa. Tässä yhteydessä on selvitettävä maksun

suuruus, jotta paljon terveystalvveluita käyttävien henkilöiden maksurasitus ei muodostu kohtuuttomaksi.

Päivystysajan maksu vaihtelee nyt sen mukaan, onko kyseessä terveystalvvelukessassa vai yhdessä sairaanhoitopiirin sairaalan kanssa järjestetty päivystys. Tämä asettaa potilaat käytännössä eri asemaan sen mukaan, miten päivystystoiminta on järjestetty. Sen vuoksi toimikunta ehdottaa, että päivystysajan maksuna voisi jatkossa käyttää sairaalan poliklinikkamaksua. Päivystysajan maksun käyttö tulee edelleenkin rajata säännöksiin yö- ja viikonloppuajkaan.

Suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta perittävät maksut

Toimikunta ehdottaa suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta perittävien maksujen jakautumista entiseen tapaan käyntimaksuihin ja hoito- ja tutkimusmaksuihin. Toimenpideluokitus sidottaisiin edelleenkin Stakesin ylläpitämään voimassa olevaan Suun terveydenhuollon toimenpideluokitukseen. Tutkimuksista perittäviä maksuja ehdotetaan porrastettavaksi toimenpiteen vaativuuden perusteella käytössä olevien vaativuusluokkien mukaisesti.

Toimikunta ehdottaa hoidosta perittävän perusmaksun porrastamista. Maksun porrastaminen toteutettaisiin siten, että hoidosta perittävän käynnin perusmaksu olisi suuhygienistin osalta 6 euroa, hammaslääkärin osalta 9 euroa ja erikoishammaslääkärin osalta 12 euroa. Tämä merkitsee nykyisen hammaslääkärikäynnin 7 euron perusmaksun korottamista 9 euroon ja erikoishammaslääkärikäynnin korotusta yhdellä eurolla 12 euroon. Muutoksella potilaalle tulisi edullisemmaksi käydä suuhygienistin vastaanotolla ja tämä muutos osaltaan ohjaisi asiakkaita hoidontarpeen mukaiseen hoitoon ja mahdollistaisi hammaslääkärin keskittymisen vaativimpiin hoitomuotoihin.

Terveystalvveluksen vastaanotolla olevalta potilaalta voitaisiin periä tutkimustoimenpiteen vaativuuden perusteella (luokat 0-7) maksu. Tällöin vaativimmista ja aikaa vievistä tutkimuksista perittäisiin nykyistä suurempi maksu. Suuhygienistin suorittama perustutkimus kuuluu ryhmään 0-2 ja hammaslääkärin suorittamat tutkimukset eri vaativuusryhmien luokkaan 0-7. Toimenpideluokituksen 0-2 mukaisista tutkimuksista voitaisiin periä enintään 5 euroa, luokkien 3-4 mukaisista tutkimuksista enintään 11 euroa ja vaativimmista tutkimuksista (luokat 5-7) enintään 22 euroa. Nykyisin tutkimuksesta voidaan periä enintään 5 euroa.

Vuodeosastohoidon maksut

Vuodeosastohoidon maksujärjestelmä on varsin toimiva, eikä siihen tarvita merkittäviä muutoksia.

Kuntoutushoidossa (vammaiselle henkilölle laitoshoidona annettu kuntoutushoito ja kehitysvammaisten erityishuoltona annettu kuntoutushoito) hoitopäivämaksu on selvästi alempi kuin muussa laitoshoidossa. Maksu on nyt 9 euroa hoitopäivältä, kun muutoin laitoshoitomaksu on 26 euroa tai erityistilanteissa (psykiatrinen laitoshoido ja maksukaton ylityksen jälkeen) 12 euroa. Toimikunta ehdottaa, että kuntoutushoidon erityismaksu poistettaisiin ja siihen sovellettaisiin normaalia hoitopäivämaksua.

Sarjassa annettava hoito

Sarjassa annettavassa hoidossa vuosittain perittävien maksujen määrä on rajoitettu 45 hoitokertaan kalenterivuodessa. Tällä on haluttu rajoittaa pitkäaikaissairaiden maksurasitusta. Terveystenhuollon 'yleisen' maksukaton käyttöönoton jälkeen ei enää ole aivan samoja perusteita tällaiselle välikatolle, minkä vuoksi se ehdotetaan poistettavaksi. Ennen maksusäännösten uudistamista on kuitenkin vielä tarpeen erikseen tarkemmin selvittää muutoksen vaikutus erityisen paljon säännöllistä hoitoa tarvitsevien potilaiden asemaan. Esimerkiksi monet dialyysipotilaat käyvät 2 kertaa viikossa hoidossa. Nyt tästä aiheutuva vuotuinen maksurasitus voi nousta merkittävästi. Nyt maksu on enintään 270 euroa vuodessa, lisäksi tulevat muut hoidosta aiheutuvat kustannukset. Ehdotuksen toteutuessa kaikki kaksi kertaa viikossa dialyysihoidossa käyvät suorittaisivat maksuja vuotuisen maksukaton 590 euron rajaan saakka. Tällöin heidän maksurasituksensa kaksinkertaistuisi edellyttäen, että heillä ei olisi muita kunnallisia terveydenhuollon maksuja.

Lääkärin- ja hammaslääkärin kirjoittamista todistuksista ja lausunnoista perittävät maksut

Lääkärintodistusten maksusäännökset ovat osin epäyhtenäiset perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi perusterveydenhuollosta sairausloman tarpeen osoittamiseksi annettujen todistusten maksuttomuutta koskeva vallitseva käytäntö on todettu korkeimman hallinto-oikeuden kahdessa kesäkuussa 2005 annetussa päätöksessä virheelliseksi.

Toimikunta ehdottaa, että lääkärintodistusten ja -lausuntojen maksullisuutta koskevat säännökset uudistettaisiin siten, että maksua ei perittäisi lyhytaikaisen sairausloman tarpeen osoittamiseksi annetuista todistuksista ja lausunnoista. Lyhytaikaisena sairauslomana pidettäisiin kulloinkin voimassaolevaan sairausvakuutuslaissa säädettyä karenssiaikaa. Maksuttomia olisivat myös sellaiset todistukset ja lausunnot, joita kunnallinen hoitojärjestelmä kirjoittaa kunnallisen (oma tai ostopalvelu) jatkohoitopaikan järjestämiseksi tarvittavista todistuksista ja lausunnoista.

Sen sijaan muut todistukset ja lausunnot, esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen myöntämien etuuksien saamiseksi ja työhön kykenevyyden osoittamiseksi

tarvittavat todistukset ja lausunnot, olisivat maksullisia nykyiseen tapaan. Lisäksi toimikunta ehdottaa, että muista kuin edellä mainituista asiakkaan pyytämistä (esim. harrastustoiminnan yhteydessä tarvittavista ja vastaavista todistuksista) tulisi voida periä todellisia kustannuksia vastaava maksu.

Alle 18-vuotiaiden hoito

Alaikäisten lasten hoito on nyt osin maksutonta. Kuitenkin erikoissairaanhoidossa peritään poliklinikkamaksu jokaiselta käynniltä. Lisäksi vuodeosastohoidossa vain ensimmäiset 7 hoitopäivää kalenterivuodessa ovat maksullisia niin erikoissairaanhoidossa kuin myös terveyskeskuksessa. Toimikunta ehdottaa lainsäädäntöä muutettavaksi siten, että alle 18-vuotiaiden sairaanhoidosta ei voitaisi enää periä maksua. Maksuttomuus tukisi lapsiperheiden asemaa erityisesti silloin kun lapsi tarvitsee runsaasti erikoissairaanhoidon palveluja. Samalla terveydenhuollon maksukattojärjestelmää voitaisiin merkittävästi yksinkertaistaa, sillä nyt alaikäiset lapset otetaan huomioon huoltajan maksukatossa. Uudistuksen myötä voidaan siirtyä kokonaan henkilökohtaiseen maksukattoon.

Alle 18-vuotiaiden hoidon osalta ehdotetulla muutoksella, jonka mukaan alle 18-vuotiailta ei saisi periä maksua, on vaikutuksia kuntien maksutulokertymiin. Tämä tulisi ottaa huomioon muissa terveydenhuollon maksuissa siten, että muutos ei alenna kokonaismaksukertymää.

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet ovat maksuttomia. Tapauksissa, joissa apuvälineen käyttö on lyhytaikaista ja samaa apuvälinettä voi käyttää usea henkilö, on tarpeen, että apuväline palautetaan heti, kun sen tarve päättyy. Toimikunta esittää, että säädetään mahdollisuus periä ns. panttimaksu, joka palautettaisiin kun apuväline luovutetaan takaisin sen antaneelle terveydenhuollon toimintayksikölle. Lisäksi toimikunta esittää säädettäväksi tilanteisiin, joissa apuväline on rikkoutunut apuvälineen käyttäjän vakavasta huolimattomuudesta tai tahallisen menettelyn vuoksi, mahdollisuus velvoittaa apuvälineen käyttäjä korvaamaan rikkoutuneen apuvälineen korjaamisesta tai uuden hankkimisesta aiheutuneet kustannukset. Apuvälineen käyttäjä voi myös maksaa itse lisähinnan apuvälineen kustannuksista, joka aiheutuu tavanomaisesta poikkeavan apuvälineen hankinnasta.

TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET:

Terveysthuollon maksut

- toimikunnan enemmistön mukaan terveysthuollon lääkärikäynnin maksussa otetaan käyttöön malli, jossa maksu määräytyy yksinomaan käyntikerran mukaan, jolloin terveysthuollon maksun erillisestä "välikatosta" luovutaan
- terveysthuollon päivystysmaksut yhdenmukaistetaan saman suuruisiksi sairaalan poliklinikkamaksun kanssa
- suun ja hampaiden hoidon perusmaksu porrastetaan siten, että suuhygienistin, hammaslääkärin ja erikoishammaslääkärin käynnistä perittäisiin eri suuruinen maksu
- suun ja hampaiden tutkimuksesta perittävä maksu porrastetaan toimenpiteen vaativuuden perusteella
- maksujen taso tarkistetaan sosiaali- ja terveysthuollon hintaindeksin muutosta vastaavasti (kts. luku 7.7)

Laitoshoido

- erillisestä kuntoutushoidon maksusta luovutaan

Sarjassa annettava hoito

- luovutaan sarjahoidossa nyt käytössä olevasta rajasta (ns. välikatosta), jonka mukaan hoito on maksutonta 45 hoitokerran jälkeen. Muutoksen vaikutukset potilaiden asemaan selvitetään erikseen

Lääkärintodistuskasut

- yhdenmukaistetaan maksusäännökset erikoissairaanhoidossa ja terveysthuolluksessa
- selkeytetään maksullisuuden perusteet, tasamaksu ja aiheutuneiden kustannusten mukaan määräytyvä maksu
- lääkärintodistuksista ja -lausunnoista maksuttomia ovat lyhytaikaisen sairausloman tarpeen osoittamiseksi annettavat todistukset, nuorison terveystodistus sekä jatkohoitopaikan järjestämiseksi tarvittava todistus, muista lääkärintodistuksista ja lausunnoista voidaan periä maksu, jos todistuksen tarve ei perustu lakiin tai vastaavaan syyhyn, voi maksu olla todellisia kustannuksia vastaava.

Alle 18-vuotiaiden hoito

- alaikäisten hoidon maksut poistetaan myös erikoissairaanhoidosta ja vuodeosastohoidosta

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet

- mahdollisuus periä lainatuista apuvälineistä panttimaksua, joka palautetaan asiakkaalle, kun apuväline luovutetaan takaisen kunnallisen terveysthuollon toimintayksikölle

- asiakkaan velvollisuus korvata tai hankkia uusi apuväline rikkoutuneen tilalle, jos apuväline vahingoittunut huolimattomuuden tai tahallisen menettelyn vuoksi
- apuvälineen käyttäjälle annetaan mahdollisuus hankkia hänen tarpeensa hyvin tyydyttävää apuvälinettä laadukkaampi/kalliimpi apuväline siten, että hän maksaa hintojen erotuksen

TOIMIKUNNAN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET:

Taloudelliset:

Suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta perittäviin maksuihin ehdotetut maksujärjestelmän rakenteeseen ja maksujen tasoihin liittyvät muutokset lisäävät maksutulokertymää 8 miljoonalla eurolla. Muiden terveydenhuollon maksujen osalta toteutettavien muutosten vaikutukset on arvioitava erikseen jatkovalmistelun yhteydessä, jotta alle 18 –vuotiaiden henkilöitä koskevasta muutoksesta aiheutuva maksukertymän vähenemisen kompensoiminen ratkaistaan.

Muut:

Terveydenhuollon maksuihin ehdotetut rakenteelliset muutokset (mm. välikattojen poistaminen) selkeyttää ja yksinkertaistaa maksujärjestelmää. Lisäksi suun terveydenhuollon maksujen porrastamiselle ohjataan terveydenhuollon henkilöstön työnjakoa tarkoituksenmukaisella tavalla.

Alle 18 –vuotiaiden lasten osalta ehdotetut muutokset tukevat lapsiperheiden taloudellista asemaa erityisesti niissä perheissä, joissa lapset tarvitsevat paljon sairaanhoitopalveluja.

7.3 Lasten päivähoidon maksut

Yleistä

Lasten päivähoito rakentuu subjektiivisen oikeuden periaatteelle. Lapsen oikeutta käyttävät perheen vanhemmat valitessaan lapselleen sopivan hoitomuodon. Yhteiskunnan julkiselle varhaiskasvatukselle asetettujen tavoitteiden mukaisesti jokaisella lapsella tulee olla mahdollisuus osallistua varhaiskasvatustalouteen riippumatta perheen sosioekonomisesta asemasta tai asuinpaikasta riippumatta. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista (STM julkaisuja 2002:9) todetaan, että päivähoitomaksujen tulee olla tulosidonnaisia ja pienituloisilla tulee olla oikeus maksuttomiin päivähoidon palveluihin.

Maksujärjestelmälle on asetettu keskeisiä sosiaalipoliittisia tavoitteita. Maksujärjestelmä tasaa lapsiperheille lapsen hoidosta aiheutuvia kustannuksia ja se

mahdollistaa eri elämänvaiheessa oleville perheille tasapuolisen oikeuden päivähoiton käyttöön. Päivähoidon maksut vaikuttavat oleellisesti perheiden osallistumismahdollisuuksiin työmarkkinoilla. Päivähoitopalveluissa maksujärjestelmä toimii rajallisesti päivähoiton tuottamisesta aiheutuvien kustannusten kattajana. Päivähoitopalveluissa maksut kattavat noin 15 prosenttia päivähoiton tuotantokustannuksista.

Lasten päivähoiton maksujärjestelmää uudistettiin laajamittaisesti vuonna 1997 ja viimeksi järjestelmää muutettiin vuonna 2002. Maksujärjestelmän rakenne, selkeys ja ymmärrettävyys on heikentynyt siihen tehtyjen useiden eri muutosten johdosta. Myös eduskunta on edellyttänyt päivähoitomaksujärjestelmän selkeyttämistä.

Toimikunnan asettama lasten päivähoiton maksuja koskevan lainsäädännön uudistamisen tarvetta selvittänyt alajaosto on tehnyt useita muutosehdotuksia nykyiseen maksujärjestelmään. Toimikunta on ehdotuksissaan ottanut huomioon asettamansa alajaoston ehdotukset.

Toimikunnan näkemyksen mukaan on lasten päivähoiton maksujärjestelmän peruslähtökohtaa, jonka mukaan päivähoitomaksu on tulosidonnainen maksu ja määräytyy perheen maksukyvyn mukaan, ei tule muuttaa. Perheen maksukykyisyys määritellään suhteessa perheen tuloihin ja perheen kokoon. Perheen tulojen ylittäessä vähimmäistulorajan maksu muodostuu prosentuaalisena rajan ylittävästä tulosta kunnes maksu saavuttaa korkeimman perittävän maksun tason. Voimassa olevan lain mukaan enimmäismaksu on 200 €/kk. Perheet jakautuvat siten kolmeen maksuryhmään: maksuttoman päivähoiton piirissä oleviin, suoraan tuloihin perustuvan maksun piirissä oleviin ja korkeimman maksun piirissä oleviin.

Perhekäsite

Päivähoitomaksun määräytymisessä käytettävä perhekäsite on käytännössä osoittautunut epäselväksi. Toimikunta ehdottaa *perhekäsitteen uudistamista* siten, että se vastaisi mahdollisimman hyvin perheen todellista rakennetta. Tällöin maksua määrittäessä perheen koko laskettaisiin vanhempien ja vanhempien kanssa yhteistaloudessa asuvien alaikäisten lasten lukumäärästä. Voimassa olevan lain mukaan maksua määrittäessä perhekoossa otetaan huomioon vanhempien lisäksi enintään kaksi päivähoidosta annetun lain mukaisen valintoikeuden piiriin kuuluvaa lasta. Siten kotitalouden todellinen perhekokoon ei välttämättä ole sama kuin päivähoitomaksujen perusteena oleva (laskennallinen) perhekokoon.

Maksuja koskevat muutokset

Päivähoidon maksuihin on tehty viimeksi muutoksia vuoden 2002 alusta, jolloin maksujen määräytymisen perusteena olevia tuloajoja sekä muusta kuin kahdesta valintaoikeuden piirissä olevasta lapsesta määräytyvää perheen tuloista vähennettävää määrää korotettiin noin kuudella prosentilla. Lisäksi korkein perittävä maksu korotettiin noin 8 prosentilla 200 euroon. Tämän jälkeen päivähoito maksuissa on tapahtunut muutosta osalla perheistä. Samansuuruisina maksut ovat säilyneet perheissä, joiden tulot olivat saavuttaneet korkeimman perittävän maksun tason. Tämä on johtanut siihen, että yhä useampi perhe maksaa korkeinta päivähoitomaksua.

Maksujärjestelmän rakenteen säilyttäminen maksukykyyn suhteutettuna edellyttää maksujen määräytymisperusteiden tarkistamista perheiden tulotasossa tapahtuneita muutoksia vastaavasti. Toimikunta ehdottaa, että perhekäsittelen muutoksen ja perheiden ansiotason muutoksen johdosta päivähoitomaksujen maksuprosentit ja tuloajat muutetaan seuraavasti:

Perheen koko henkilöä	Tuloaja euroa kuukaudessa	Korkein maksu-prosentti
2	972	11,5
3	1 198	9,4
4	1 422	7,9
5	1 516	7,9
6	1 611	7,9

Jos perheen koko on suurempi kuin 6 lisätään päivähoito maksun perusteena olevaa tuloajaa 95 eurolla kustakin seuraavasta perheen alaikäisestä lapsesta maksuprosentin muuttumatta.

Toimikunnan asettaman alajaoston esittämä ylimmän maksun korotus 10 prosentilla 220 euroon perustuu sekä perhekäsittelen muutokseen että indeksikorotukseen vuosilta 2002-2005. Toimikunnassa enemmistö on kannattanut päivähoitomaksun enimmäismaksun korottamista alajaoston esityksestä poiketen 250 euroon. Vastaavasti myös ikäjärjestyksessä seuraavasta lapsesta perittävä enimmäismaksu korotettaisiin 200 euroon ja kustakin seuraavasta päivähoitossa olevasta lapsesta määrättävä maksu olisi enintään 20 prosenttia päivähoitomaksusta. Lasten päivähoito maksuja on uudistettu osana ns. kannustinloukkujen purkamista vuonna 1996 annetulla lainsäädännöllä. Tuolloin muun muassa ylimpiä päivähoitomaksuja laskettiin merkittävästi. Aikaisemmin maksu oli voinut olla lasta kohti kuukaudessa enintään 1430 markkaa (n. 240 €) ja uudistuksen jälkeen 1000 markkaa (168 €). Päivähoidon enimmäismaksua tulisi korottaa ottaen huomioon vuoden 2002 jälkeen tapahtunut kehitys palvelujen tuottamisesta aiheutuviissa kustannuksissa. Ehdotettu muutos korotaisi vuoden 2002 tasosta päivähoito maksua 25 prosentilla ja toisesta lapsesta perittävää maksua 20,6 prosentilla ja näiden korotusten maksu-

kertymävaikutuksia vähentää maksujen perusteena olevien tulorajojen nousu lähes 12 prosentilla.

Päivähoidon maksuihin ehdotetulla perhekäsittelyn muutoksella on vaikutuksia päivähoitomaksujen suuruuteen. Niistä kotitalouksista, jotka ovat keski- ja suurituloisia ja jotka tulojensa mukaisesti maksavat suurinta päivähoidon maksua, suurella osalla päivähoitomaksut nousevat. Päivähoitomaksut alenisivat vastaavasti monissa tapauksissa sekä yksihuoltajilla että parisuhteessa elävillä pienituloisilla kotitalouksilla. Lisäksi joissakin kohdin monilapsisten yksinhuoltajien päivähoitomaksut laskevat huolimatta siitä, että yksinhuoltajan tulot ovat suuret. Tarkemmat kuvaukset päivähoitomaksujen vaikutuksista eri perhetyyppien päivähoitomaksujen suuruuteen on esitetty mietinnön liitteessä 2 (Antti Parpo: Kunnallisten päivähoitomaksujen perhekäsittelyn muutos ja enimmäismaksujen korotus).

Toimikunta katsoo myös, että pienimmän perittävän maksun sääntelemisestä voitaisiin luopua. Voimassa olevan lain mukaan 18 euroa pienempää maksua ei peritä. Toimikunta katsoo, että kunnat itse pystyvät parhaiten arvioimaan, milloin perittävä maksu on niin alhainen, ettei sen periminen ole tarkoituksenmukaista ottaen huomioon maksujen hallintoon liittyvät kustannukset.

Vuorohoidon maksujen määräytyminen on osoittautunut ongelmalliseksi ja siinä vallitsee hyvin erilaisia käytäntöjä kunnissa. Kunnat ovat toivoneet tilanteen selkiyttämistä ja asian säätämistä keskitetysti. Päivähoitolakia ollaan parhaillaan uudistamassa, jolloin kysymys vuorohoidosta nousee siinä yhteydessä sisällön määrittelyn osalta erillisenä esille. Maksusäädösten uudistamisen lähtökohdaksi voidaan kuitenkin ottaa nykyisten päivähoitosäännösten luomat puitteet.

Asetus lasten päivähoidosta (239/1972) määrittelee kokopäivähoidon ja osapäivähoidon, jotka muodostavat perinteisen päivähoiton määrittelyn. Asetuksen mukaan kokopäivähoitossa lapsen hoitoaika saa yleensä jatkua yhtäjaksoisesti enintään kymmenen tuntia vuorokaudessa ja osapäivähoitossa viisi tuntia. Kyseinen säädös ei sinänsä määrittele, mihin vuorokauden aikaan kyseiset aikajaksot tulee sijoittaa. Lähtökohtaisesti lapsen hoito voi sijoittua myös vuorokauden eri osiin ja määritelmät siten kattavat vuorohoidonkin osuuden. Ongelmalliseksi tilanne muodostuu hoitoaikojen vuorohoidossa usein jatkuessa asetuksen säätämää tuntimäärää pidemmäksi.

Vuorohoidon maksu tulisi määritellä hoitoon käytetyn tuntimäärän perusteella, jolloin päivähoitojaksojen pituus tai niiden sijoittuminen eri vuorokauden aikoihin eivät muodostuisi ongelmalliseksi. Lähtökohtana on, että perheelle määritellään asiakasmaksulain 7 a §:n mukaan määräytyvän kuukausimaksun perusteella laskennallinen yhden hoitotunnin maksu. Perheen lopullinen hoitomaksu määräytyy sitten kertomalla hoitotunnin maksu perheen kanssa sovit-

tujen hoitotuntien lukumäärällä. Yhden tunnin laskennallisen hoitomaksun määrittäminen edellyttää kuukauden kokonaishoitojakso määrittämistä hoitotunteina. Kuukauden laskennallinen hoitotuntimäärä (172 tuntia) saadaan kertomalla päivittäinen laskennallinen hoitoaika (8 tuntia) laskennallisella kuukausittaisten hoitopäivien lukumäärällä (21,5 päivää). Esimerkiksi sopimus 80 tunnin hoitoajasta kuukaudessa merkitsisi maksun määräytymistä siten, että perheen laskennallinen kokopäivähoidon maksu (x euroa) jaetaan laskennallisella kuukauden hoitotunti määrällä (172) ja kerrotaan sovittujen hoitotunti lukumäärällä (80) eli $(x \text{ €} / 172) \times 80$.

Voimassa olevan asiakasmaksulain 7 a §:n 7 momentissa säädetään *osapäivähoidon ja osa-aikahoidon maksuista*. Lainkohta antaa kunnille harkintavaltaa muun kuin kokopäivähoidon maksun määrittämisessä. Tarkoitus kuitenkin on, että kunta ottaisi huomioon päivähoidon maksua määrättäessä hoitoajan ja suhteuttaisi perittävän maksun siihen. Hoitoaikaan suhteutetun päivähoidomaksun kuntakohtaisten maksuperiaatteiden soveltamiskäytäntö on vaihteleva, jolloin samanlaisten perheiden päivähoidosta määrättävät maksut voivatkin asuinpaikasta riippuen muodostua hyvin erilaisiksi ¹². Lisäksi päivähoidosta määrättävät maksut ovat monissa tapauksissa muodostuneet sellaisiksi, että osa-aikaisen hoidon maksu on perheille suhteellisesti kalliimpi kuin kokopäivähoidon maksu.

Toimikunta katsoo, että säännöstä tulisi muuttaa siten, että maksujärjestelmä tukisi perheiden päivähoidon käyttöä lapsen edun kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Maksulla voidaan ohjata perheiden päivähoidon käyttöä. Muutoksella tulee pyrkiä myös lisäämään perheiden tasavertaisuutta eri kunnissa. Toimikunta esittää, että lapsen hoidon poiketessa tavanomaisesta päivähoidon käytöstä, maksun määräytyminen säädeltäisiin aina suhteessa sovittuun lapsen hoitoaikaan. Jos hoitopäiviä olisi keskimääräisesti vähemmän kuin 21 kuukaudessa, maksu tulee suhteuttaa hoitopäivien lukumäärään. Vastaavasti jos sovittu hoitoaika on keskimääräisesti lyhyempi kuin 8 tuntia päivässä, maksu tulee suhteuttaa käytetyn hoitoajan mukaan kokopäiväiseen hoitoaikaan.

Edellä todetun lisäksi lasten päivähoitomaksuihin tulisi tehdä eräitä tarkennuksia maksujärjestelmän selkeyttämiseksi. Päivähoitomaksu on ollut mahdollista erityistilanteissa periä 12 kuukaudelta. Soveltamiskäytännössä osa kunnista on jo luopunut lain mahdollistaman 12 kuukauden maksun perimisestä, koska järjestelmän edellyttämä hallinnollinen työ on hankala ja työläs. Myöskään sellaisia perheitä, joilta voitaisiin periä 12 kuukauden maksu, ei käytännössä ole juurikaan ollut. Toimikunta esittääkin ko. säännöksestä luopumista, jolloin päivähoitomaksua voidaan periä toimintavuoden aikana enintään 11 kuukaudelta. Järjestelmän selkeyttämiseksi toimintavuosi olisi tarpeen määritellä

¹² Anna Väinälä: Katsaus päivähoitomaksukäytännöistä.

lainsäädännössä ajanjaksoksi 1.8 – 31.7. Määritelmä vastaa nykyistä soveltamiskäytäntöä. Lisäksi tilapäisestä lapsen sairaudesta aiheutuvasta poissaolosta suoritettavaa hyvitystä koskeva säännös ehdotetaan laajennettavaksi koskemaan kaikkia päivähoitoa käyttäviä perheitä. Voimassa olevan lain mukaan hyvitys on voitu tehdä vain perheille, joilla lapsen hoitopäiviä kuukaudessa on ollut vähintään 11.

TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET:

- Perhekäsite uudistetaan vastaamaan perheen todellista kokoa maksua määrättäessä ja
- Toimikunnan enemmistö on kannattanut ehdotusta päivähoidon enimmäismaksun korottamista rakenteellisten ehdotusten toteuttamisen yhteydessä alajaoston esityksestä poiketen 250 euroon ja vastaavasti myös toisesta lapsesta perittävän enimmäismaksun korottamista 200 euroon
- Vähimmäismaksusta luovutaan, päivähoitomaksu voidaan periä enintään 11 kuukaudelta ja toimintavuosi tulee määritellä laissa
- Päivähoidon tuloajat tarkistetaan vastaamaan uutta perhekäsitettä ja samassa yhteydessä niiden tasoa tarkistetaan ansiotasoindeksin kehitystä vastaavasti (kts. luku 7.7)
- Vuorohoidon maksun määrittelemisen käytetyn tuntimäärän perusteella
- Osapäivähoidon ja osa-aikahoidon maksu määräytyisi sovitun hoitoajan perusteella
- Tilapäisestä lapsen sairaudesta aiheutuvasta poissaolosta suoritettavaa hyvitystä koskevan säännöksen laajentaminen koskemaan kaikkia päivähoitoa käyttäviä perheitä

TOIMIKUNNAN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET:

Taloudelliset vaikutukset:

Päivähoitomaksujen perusteena olevan perhekäsittelyn uudistamisen sekä maksujen enimmäismäärien ja niiden perusteena olevien tulojen tarkistaminen lisäisi päivähoitomaksujen maksukertymää 24 miljoonalla eurolla. Laskelmassa on otettu huomioon toimikunnan ehdottamat rakenteelliset muutokset sekä niihin liittyvät tulojen ja enimmäismaksujen korotukset.

Osapäivä- ja osa-aikahoidon maksun suhteuttaminen ehdotuksen mukaisesti käytettyyn hoitoaikaan alentaisi päivähoitomaksujen uudistamista selvittäneen jaoston arvion mukaan maksutulokertymää noin 8 miljoonalla eurolla.

Muut vaikutukset:

Ehdotuksella selkeytetään päivähoitoa maksujärjestelmää ja yhdenmukaistetaan maksujärjestelmiä alueellisesti. Ehdotettujen muutosten seurauksena maksujärjestelmän läpinäkyvyys paranee. Mm. perhekäsittelyn uudistamisella järjestelmä tulee palvelujen käyttäjien näkökulmasta ymmärrettävämmäksi.

Toimikunnan osapäivä- ja osa-aikahoitoa koskevat ehdotukset kannustavat perheitä käyttämään palvelua perheen todellisen tarpeen ja lapsen edun mukaisesti. Uudistus tukee palveluiden käytön mitoittamista perheen tarpeiden ja lapsen edun mukaisesti.

Muutoksen tavoitteena on myös tukea palvelurakennetta perheiden tarpeiden mukaiseen monipuoliseen toteutukseen, mikä saattaa johtaa kuntien päivähoitopalvelujen kokonaismäärän vähenemiseen.

7.4 Kotona annettavien palveluiden ja asumispalveluiden maksut

Ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeeseen vastataan ensisijaisesti kunnan järjestämällä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla, jotka perustuvat sosiaalihuoltolakiin ja -asetukseen sekä kansanterveyslakiin. Asiakasmaksuasetuksen mukaan kotona annettavalla palvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:ssä tarkoitettuja kotipalveluita ja kansanterveyslaissa tarkoitettua kotisairaanhoidon (KTL 14 § 1 mom. 2 kohta). Jatkuvasti ja säännöllisesti annettua kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta voidaan periä palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän maksukykyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kohtuullinen kuukausimaksu. Kotona annettavasta palvelusta perittävä maksu ei saa ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Kuukausimaksu saa olla enintään asiakasmaksuasetuksessa säädetyn maksuprosentin osoittama

määrä tulorajan ylittävistä bruttomääräisistä tuloista. Kotona annettavasta säännöllisestä palvelusta laaditaan palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma, jota muutetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. Suunnitelma on myös maksun määräytymisen perusta.

Tilapäisestä kotipalvelusta voidaan periä kunnan päättämä kohtuullinen maksu. Tilapäisestä kotona annettavasta palvelusta maksu määräytyvät nykyisten säännösten mukaan; sosiaalipalveluista kunnan päättämä maksu ja kotisairaanhoidosta asetuksella säädettävä 9 euron suuruinen asiakasmaksu.

Sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n 2 momentissa tarkoitetuista tukipalveluista ei ole säännöksiä asiakasmaksulainsäädännössä, jolloin kunta voi periä enintään palvelujen tuotantokustannusten suuruisen maksun.

Työryhmä ehdottaa, että jatkuvan ja säännöllisen kotona annettavan palvelun maksu säilytetään edelleenkin tulosidonnaisena. Tulosidonnaiseen maksun kattavuutta ehdotetaan laajennettavaksi varsinaisen kotipalvelun (SoshA 9 § 1 mom. 1 kohta) lisäksi koskemaan myös mainitun sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n 1 momentin 2 kohdan mukaisia tukipalveluita eräin poikkeuksin. Tulosidonnaisen maksun maksuprosentit säilytetään nykytasolla, mutta maksullisuuden tulorajoihin tehdään indeksitarkistus saman periaatteen mukaan kuin muihinkin maksuihin. Maksu perustuu edelleenkin bruttotuloihin.

Asiakasmaksuasetuksessa edellytetään jatkossakin, että jatkuvasta ja säännöllisestä kotona annettavasta palvelusta laaditaan yhteistyössä palvelujen asiakkaan kanssa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa tarkoitettu yksilökohtainen palvelu- ja hoitosuunnitelma, jossa määritellään asiakkaalle annettavat palvelut. Suunnitelmaa muutetaan, jos palvelujen tarve muuttuu merkittävästi. Myös määräaikainen muutos voidaan ottaa huomioon suunnitelmassa (esimerkiksi sairaalahoidon jälkeinen erityisen hoidon tarve).

Toimikunta ehdottaa, että palvelusta perittävä maksu määrätään palveluun käytetyn ajan perusteella. Käyntimääriin perustuva maksu ei olisi enää mahdollinen. Kunta voisi kuitenkin määrittää kotona annettavan palvelun maksuluokkien määrän ja niissä käytettävät tuntirajat sekä maksuprosentit lukuun ottamatta enimmäismaksuprosenttia, joka säädetään laissa.

Tulosidonnainen maksu sisältäisi ehdotuksen mukaan myös palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaiset tukipalvelut siltä osin, kun kysymyksessä ovat kotipalvelun- tai kotihoidon henkilöstön suorittama yksilön ja perheen työapu tai henkilökohtainen hoito ja huolenpito, joihin sisältyisivät asiointi- ja siivoustehtävät, sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen ja kotona tehtävä vaatehuolto. Kuukausimaksuun eivät kuitenkaan sisältyisi muut kuin edellä mainitut tukipalvelut, joten sen ulkopuolelle jäisivät esimerkiksi ateriapalvelu (kotiin kuljetettavat ateriat) ja kuljetuspalveluista aiheutuvat kustannukset. Ateriapalvelusta voitaisiin periä kunnan päättämä maksu, joka on enintään tuotantokus-

tannusten suuruinen. Turvapuhelimesta ja siihen liittyvistä palveluista voitaisiin periä maksu, jos ne eivät muutoin ole maksuttomia esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineenä tai vammaispalvelulain mukaisena palveluasumisen erityiskustannuksena.

Tilapäisestä kotona annettavasta palvelusta voitaisiin jatkossakin periä nykyisten säännösten mukaiset maksut eli sosiaalipalveluista kunnan päättämä maksu ja kotisairaanhoidosta laissa säädettävä maksu.

Asumispalveluja järjestetään kolmen lain nojalla: sosiaalihuoltolaki, vammaispalvelulaki ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta. Toimikunta ehdottaa, että kotona annettavan palvelun maksu koskisi myös sosiaalihuoltolain 22 §:n mukaista asumispalvelua, jolla tarkoitetaan palveluasumista ja tukiasumista. Myös kunnan ostosopimukseen perustuvissa asumispalveluissa käytettäisiin kotona annettavien palvelujen maksujärjestelmää. Palvelu- ja tukiasumisen maksu ei kata vuokraa eikä muitakaan sellaisia asumisen ja elämisen kustannuksia, joista henkilö vastaisi esimerkiksi omistusasunnossa asuessaan. Vammaisten henkilöiden erityislakien mukaisista asumispalveluista ei saisi jatkossakaan periä asiakasmaksua. Vammainen henkilö määritellään asetuksessa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.

Toimikunnan näkemyksen mukaan voimassa olevan asiakasmaksuasetuksen 21 §:n kehitysvammaisten erityishuoltoon liittyvän ylläpidon maksua koskeva erityissäännös ei ole enää tarpeellinen, koska maksu määräytyy joko pitkäaikaisen tai lyhytaikaisen laitoshoidon maksuja koskevien periaatteiden mukaisesti. Maksusäännöksiin sisältyvä "ylläpidon" käsite aiheuttaa epäselvyyksiä erityisesti eräissä vammaisten palveluissa. Ylläpidolla tarkoitettaneen tavanomaisia vammaisuudesta tai terveydentilasta riippumatta aiheutuvia elinkustannuksia kuten ruoasta ja vaatetuksesta aiheutuvia menoja.

Hengityshalvauspotilaat ovat oikeutettuja maksuttomaan hoitoon ja ylläpitoon. Hoito on maksutonta myös silloin, kun se järjestetään kotihoitona. Toimikunnan näkemyksen mukaan hengityshalvauspotilaiden maksujärjestelmä on ongelmallinen tilanteessa, jossa hoito tapahtuu kotona. Toimikunta katsoo, että hengityshalvauspotilaiden muista erityisryhmistä poikkeavan maksukäytännön tarkoituksenmukaisuus tulisi selvittää samassa yhteydessä erityisen kalliiden hoitojen rahoituksen uudistusten kanssa.

Kotona annettavien palveluiden asiakasmaksujen muutosten taloudelliset vaikutukset eivät ole merkittäviä muitten kuin palveluasumisen maksuissa. Kunnilla on nykyisin käytössään hyvin erilaisia asumispalvelujen maksujärjestelmiä, mikä johtuu siitä, että asumispalvelujen asiakasmaksuja ei ole säädelty selkeästi. Selvityshenkilö Rauni Väänänen-Sainion esitys vanhusten ja vammaisten palvelujen asiakasmaksujen uudistamiseksi perustuu Oulun kaupungissa tehtyihin uudistuksiin. Oulun kaupungissa asiakasmaksuihin tehty muu-

tokset lisäsivät kotiin annettavien palvelujen ja palveluasumisen asiakasmak-
sutuloja arviolta noin 5 prosenttia. Ministeriö pyysi myös Tampereen kaupun-
gilta selvitystä siitä, mitkä ovat taloudelliset vaikutukset siirryttäessä aikape-
rusteiseen asiakasmaksujärjestelmään vanhusten palveluasumisessa. Tehoste-
tussa palveluasumisessa (ympäri vuorokautinen henkilöstö) ja tuetussa asumi-
sessa (kevyin palveluasumisen muoto) asiakasmaksukertymä näyttää pienene-
vän ja tavallisessa palveluasumisessa suurenevan. Kokonaisuutena asiakas-
maksujen muutos pienentäisi asiakasmaksujen osuutta palveluasumisen kus-
tannuksista arviolta parilla prosenttiyksiköllä. Tampereen kaupungin arviot
perustuvat keskimääräisiin eläketuloihin.

Näiden kahden esimerkkitapauksen pohjalta ei voida tehdä lopullisia johtopää-
töksiä siitä, mitkä ovat kotona annettavien palvelujen ja asumispalvelujen
aikaperusteiseen maksujärjestelmään siirtymisestä aiheutuvat taloudelliset
vaikutukset. Tarkoituksena on yhdenmukaistaa ja kohtuullistaa erityisesti pal-
veluasumisen asiakasmaksuja. Ehdotusten vaikutukset riippuvat siitä, millai-
nen kunnan nykyinen maksujärjestelmä on. Jos kunnan nykyinen asiakasmak-
sujärjestelmä on uudistuksen kanssa samankaltainen, vaikutukset ovat toden-
näköisesti vähäisemmät kuin niissä kunnissa, joissa on käytössä ollut ns. pa-
kettihinnoittelu tai joissa kotipalvelun asiakasmaksut on eriytetty erillaisiksi
tukipalvelumaksuiksi.

TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET:

- Jatkuvan ja säännöllisen kotona annettavan palvelun maksu säilyy tulosidonnaisena. Maksuun sisältyisivät myös kunnan kotipalvelu- ja kotihoitohenkilöstön antamat tukipalvelut lukuun ottamatta ateriapalveluita, kuljetuspalveluita sekä turvapuhelinta ja siihen liittyviä palveluita
- Käyntiperusteisista maksuista siirrytään aikaperusteiseen maksuun, joka perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn hoitoajan perusteella
- Kunta voi kuitenkin määrittää käytetyn ajan ja maksuprosentin keskinäisen suhteen. Kotitalouden koon mukaan määräytyvät enimmäismaksuprosentit säilyvät ennallaan
- Maksullisuuden tulorajoihin tehdään työeläkeindeksin muutosta vastaava indeksitarkistus saman periaatteen mukaan kuin muihinkin maksuihin (kts. luku 7.7)
- Ateria- ja kuljetuspalvelusta voidaan periä kunnan päättämä kohtuullinen maksu, joka on enintään tuotantokustannusten suuruinen
- Turvapuhelimesta ja siihen liittyvistä palveluista voidaan periä maksu, jos ne eivät muutoin ole maksuttomia esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineenä tai vammaispalvelulain mukaisena palveluasumisen erityiskustannuksena.
- Kotona annettavan palvelun maksu koskee myös sosiaalihuoltolain mukaista asumispalvelua ja palveluasumista
- Tilapäisestä kotona annettavasta palvelusta maksu määräytyy nykyisten säännösten mukaan; sosiaalipalveluista kunnan päättämä maksu ja kotisairaanhoidosta säädettävä maksu
- Annettavat palvelut ja niiden perusteella määräytyvä maksu määritellään asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmassa, jonka perusteella tehdään päätös annettavista palveluista
- Kehitysvammalain 2 §:n 4 kohdan mukaisia työ- ja palvelutoimintaa sekä asumispalveluja saavilta henkilöiltä voidaan periä ateriakorvaus ja ylläpidon käsitteestä luovutaan
- Vammaispalveluasetuksen 10 §:n mukaisessa palveluasumisessa voidaan periä ateriakorvaus
- Kotona annettavan palvelun maksu ei sisällä vuokraa, jonka henkilö maksaa erikseen vuokranantajalleen

TOIMIKUNNAN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET:

Toimikunnan ehdotukset edistävät oikeudenmukaisuutta, yhdenmukaistavat avohuollon maksujärjestelmää ja kohtuullistavat erityisesti vanhusten palveluasumisen asiakasmaksuja.

7.5 Pitkäaikaisen laitoshoidon maksut

Pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasmaksun tarkistamista on käsitelty useassa eri yhteydessä. Kotona annettavien palvelujen maksuja selvittänyt työryhmä eli KAMA-työryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:27) ja Avo- ja laitoshoidon merkitystä selvittänyt työryhmä eli AVOLA-työryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:30) esittivät enimmäismaksun korottamista 80 prosentista 85 prosenttiin. KAMA-työryhmä kiinnitti huomiota vähimmäiskäyttövaran tasoon ja piti perusteltuna, että käyttövarassa otettaisiin nykyistä enemmän huomioon asiakkaan yksilöllinen toimintakyky ja elämäntilanne. Myös AVOLA-työryhmä päätyi vastaavaan ehdotukseen. Työryhmä ehdotti myös laitosrajoituksen poistamista kansaneläkkeestä ja eläkkeensaajan hoitotuesta. (kts. luku 3.4.3.)

Kotona annettavien palvelujen ja pitkäaikaisen laitoshoidon maksusäännöksiä olisi tarkoituksenmukaista kehittää yhdensuuntaisesti tulonsiirtojen kanssa. Käytännössä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle saattaa jäädä käyttövaroja enemmän kuin avohoidossa olevalle henkilölle välttämättömien menojen jälkeen. Tämä maksujen epäsuhta saattaa johtaa siihen, että hoito haluttaisiin järjestää laitoshoidona. Jotta avohoidon ja laitoshoidon maksujen välinen suhde olisi avohoitoon kannustava, voitaisiin pitkäaikaisen laitoshoidon enimmäismaksua korottaa. Toisaalta samanaikaisesti on tilanteita, jolloin nykyinen 80 euron vähimmäiskäyttövara on liian pieni asiakkaan toimintakykyyn nähden.

Toimikunta esittää pitkäaikaisen laitoshoidon enimmäismaksun korottamista 85 prosenttiin palvelun käyttäjän nettotuloista ja vastaavasti laitoshoidon enimmäismaksua tulisi korottaa 42,5 prosenttiin niissä tilanteissa, jolloin maksu määräytyy puolisoiden yhteenlaskettujen tulojen perusteella. Laitoshoidon enimmäismaksun korottamista toimikunta pitää tarpeellisena palvelujen turvaamisen kannalta. Väestön ikääntyessä palvelujen tarve tulee kasvamaan. Lisäksi vanhuuseläkeikäisen väestön ansiotaso on parantunut ja parantuu mm. työeläkkeiden yleistymisen ja tason nousun myötä. Jotta maksujen korotusehdotus ei johtaisi kohtuuttomiin tilanteisiin yksittäistapauksissa, toimikunta pitää erityisen tärkeänä, että kohtuuttomien tilanteiden estämiseksi käyttövarassa otettaisiin nykyistä enemmän huomioon asiakkaan yksilöllinen toimintakyky ja elämäntilanne sen lisäksi, että lainsäädännössä on määritelty tietty euromääräinen vähimmäiskäyttövara. Vähimmäiskäyttövara tulisi sitoa indeksiin siten kuin jäljempänä luvussa 7.7 ehdotetaan.

Pitkäaikaisen laitoshoidon maksun enimmäismäärä on aina kuten muissakin maksuissa palvelujen tuottamisesta aiheutuneet kustannukset. Tämä periaate korostuu tulosidonnaisissa maksuissa. Palvelujen tuottamisesta aiheutuvina kustannuksina otetaan huomioon toiminnan järjestämisestä aiheutuvat käyttökustannukset. Tuotantokustannusten laskentaperiaatteista ei sisälly säännöksiä

asiakasmaksulainsäädäntöön. Asiakasmaksulakia koskevassa hallituksen esityksessä on lähdetty siitä, että kustannuksina otettaisiin huomioon toiminnan järjestämisestä aiheutuneet käyttökustannukset. Käytännössä kunnat vahvistavat etukäteen kullekin vuodelle laitoshoitopaikan hinnan.

Toimikunnan toimeksiantoon ei kuulu laitoshoitörajoituksen poistamista koskevan asian selvittäminen tai ratkaiseminen. Toimikunta kuitenkin pitää perusteltuna ja tarkoituksenmukaisena, että avo- ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän ehdotusten valmistelua jatketaan ja pitkäaikalaitoshoidon enimmäismaksun korottaminen toteutetaan samassa aikataulussa laitoshoitörajoituksen poistamisen kanssa.

TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET:

- Pitkäaikaisen laitoshoidon maksua korotetaan 80 prosentista 85 prosenttiin palvelun käyttäjän nettotuloista ja
- Jos maksu määräytyy puolisoiden yhteenlaskettujen tulojen perusteella, maksua korotetaan 40 prosentista 42,5 prosenttiin puolisoiden yhteenlasketuista nettotuloista
- Vähimmäiskäyttövaran määrä tarkistetaan työeläkeindeksin muutosta vastaavasti (kts. luku 7.7)
- Yksittäistapauksessa maksua määrättäessä tulee nykyistä tarkemmin ottaa huomioon asiakkaan yksilöllinen toimintakyky ja elämäntilanne, jotta maksurasitus ei muodostuisi kohtuuttomaksi

TOIMIKUNNAN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET:

Taloudelliset:

Pitkäaikaisen laitoshoidon maksun korottaminen lisäisi kuntien maksutuloja arviolta noin 9 miljoonalla eurolla.

Muut vaikutukset:

Toimikunnan ehdotus osaltansa tukee sosiaali- ja terveystalouden keskeistä tavoitetta laitoshoidon vähentämisestä ja sen korvaamisesta avopalveluilla.

7.6 Tulokäsité maksukyvyn mukaan määräytyvissä asiakasmaksuissa

Lähtökohtana tulisi olla, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista perittävien tulosidonnaisten maksujen perusteena oleva tulokäsité olisi eri maksuissa mahdollisimman yhdenmukainen sekä kunnan viranomaisten ja asiakkaiden näkökulmasta ymmärrettävä ja kattava. Voimassa olevaa lainsäädännön säännöksiä tulosidonnaisten maksujen määräytymisperusteita olisi tarpeen uudistaa mm. erityisesti yrittäjätulon, metsätulon sekä niiden tulojen ja etuuksien osalta, joita ei oteta huomioon maksua määrättäessä.

Asiakasmaksujärjestelmässä yrittäjien tulojen selvittäminen on hallinnollisesti hankalaa ja työlästä, mikä on johtanut erilaisiin soveltamiskäytäntöihin. Esimerkiksi sosiaalivakuutusjärjestelmässä yrittäjien ”oikean” ansiotason määrittäminen tehdään yrittäjien eläkevakuutuksessa vahvistetun työtulon perusteella. Sairausvakuutusjärjestelmää muutettiin vuonna 2001 siten, että yritystoimintaa harjoittavan henkilön sairaus-, äitiys- ja vanhempainvapaan ajalta maksettavan päivärahaetuuden perusteena käytetään myös vahvistettua YEL/MYEL-työtuloa. Jos yrittäjällä on mainitun YEL/MYEL-työtulon¹³ lisäksi muualta kuin omasta yrityksestä saatua palkkatuloa tai siihen verrattavaa tuloa, päivärahan perustaksi otetaan YEL/MYEL-työtulo sekä muualta kuin omasta yrityksestä saatu palkka tai sitä vastaava henkilökohtainen tulo. Toteutetun muutoksen tavoitteena on ollut, että yrittäjän sosiaaliturva vastaisi tasoltaan mahdollisimman hyvin työstä poissaolon vuoksi menetettyä työpanosta ja siitä saamatta jäänyttä tuloa.

Asiakasmaksujärjestelmän selkeyttämiseksi eräänä vaihtoehtona voisi olla todetun eläketulon käyttäminen asiakasmaksun määräytymisperusteena tilanteessa, jossa yrittäjän tuloa ei voida muutoin luotettavasti ja yksinkertaisesti selvittää. Tällainen tilanne voisi olla esimerkiksi yritystoimintaa aloittelevan henkilön osalta. Eläketulon ottaminen asiakasmaksun perusteeksi edellyttäisi kuitenkin sen arvioimista, että järjestelmä ei olisi ristiriidassa sosiaalivakuutuksessa vahvistettujen periaatteiden ja tavoitteiden kanssa. Sosiaalivakuutusjärjestelmässä tavoitteena on erityisesti ollut se, että yrittäjät vahvistaisivat eläketulonsa sen mukaisesti, että ne mahdollisimman hyvin vastaisivat heidän

¹³ Itsenäisen yrittäjän eläke määräytyy yrittäjien eläkelain (YEL) mukaan. Sen piiriin kuuluu Suomessa asuva ansiotyötä tekevä henkilö, joka ei ole työssään työ- tai virkasuhteessa. YEL:n piiriin kuuluvat yrittäjät, jotka toimivat toiminimellä, avoimen yhtiön yhtiömies, kommandiittiyhtiön vastuunalainen yhtiömies sekä osakeyhtiön osakas, joka on yhtiössä johtavassa asemassa ja omistaa yhtiöstä yli 50 %. YEL-työtulo on vakuutuksen perusta. Työtulo on melko vapaasti määriteltävissä eikä ole riippuvainen toiminnan tuloksesta. Sen pohjalta lasketaan eläkkeen määrä ja vakuutusmaksu.

todellista työpanostansa. Asiakasmaksujärjestelmään tehtävät muutokset eivät saa johtaa siihen, että yrittäjät alimitoittaisivat eläketulonsa asiakasmaksujen vuoksi.

Eri etuuksien nimikkeiden muuttuminen on seikka, joka tulee aiheuttamaan myös jatkossa ongelmia, mikäli etuuksia mainitaan erikseen lainsäädännössä. Tällä hetkellä vanhentuneita nimikkeitä ovat aikuisopintoraha, jonka on korvannut aikuiskoulutustuki ja työvoimapoliittisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain mukaisen ylläpitokorvauksen, jonka on korvannut koulutustuen ylläpito-korvaus.

Varallisuusverolain kumoaminen ja metsän pinta-alaverotuksen päättymisen vuoden 2006 alusta lukien merkitsee sitä, että verohallitukselta ei ole enää saatavissa laskennallista tietoa metsän puhtaasta tuotosta. Näin ollen tulosidonnaisten asiakasmaksujen perusteena käytetty metsätulo ei ole enää nykyisessä muodossa mahdollista. Tältä osin jatkotyössä olisi ratkaistava, miten metsästä saatu tulo tulisi jatkossa huomioida asiakasmaksujen perusteena.

Tulokäsitteen selkeyttämiseksi eräs vaihtoehto voisi olla tulojen rajaaminen verollisuuden perusteella. Eli tulot, joista maksetaan veroa, olisivat myös pohjana asiakasmaksuissa. Mallin etuna olisi selkeys ja se, että uusien tulonimikkeiden ilmestyessä niiden kohtelulle olisi saatavissa selkeä ohje verottajalta. Jotkut verolliset tulot olisi jatkossakin syytä rajata erikseen ulkopuolelle (kuten esim. opintotuki ja lasten kotihoidon tuki). Tällöin poikkeuksellisten tulojen lista olisi merkittävästi nykyistä lyhyempi. (Kts. mietinnön liite 3, jossa on yksityiskohtaisemmin kuvattu mallia.)

Tällä hetkellä tulokäsitteen osalta lainsäädännön tulkinnallisuus on voinut johtaa erilaiseen kohteluun asiakasmaksua määrättäessä. Tämän vuoksi lainsäädäntöä olisi selkeytettävä erityisesti niiden tulojen ja etuuksien osalta, joita ei tule ottaa huomioon maksua määrättäessä.

Verohallitus on tällä hetkellä kehittämässä sosiaalihuollon sähköistä kyselyjärjestelmää, jonka myötä sosiaalihuollon virnaomaiset saisivat sähköisessä muodossa tarvitsemiaan verotustietoja mm. asiakasmaksujen määrittämiseen, toimeentulotuen myöntämiseen ja elatusavun perinnän tarpeisiin. Järjestelmä on tulossa koekäyttöön jo vuoden 2006 alkupuolella. Verotustietojen käyttö on ongelmallista: ne perustuvat vahvistettuun verotukseen, eivätkä ne näin ollen ole ajantasaisia. Toimikunta ehdottaa, että kyseisen järjestelmän soveltuvuutta asiakasmaksujen määrittämiseen tulisi jatkovalmistelussa myös selvittää.

TOIMIKUNNAN EHDOTUS:

Toimikunta esittää, että maksukyvyn mukaan määräytyvien asiakasmaksujen määräytymisperusteena käytettävän tulokäsittelyn osalta käynnistettäisiin pikaisesti jatkovalmistelu toimikunnan linjausten perusteella.

7.7 Maksujen ja maksujen perusteena olevien tulojen ja tulorajojen indeksitarkistukset

Hallituksen vuosia 2006-2009 koskevan kehyspäättöksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista perittävien asiakasmaksujen tulisi seurata palvelujen kustannuskehitystä vuodesta 2006 lukien. Tulositonnasta asiakasmaksujen määräytymisen perusteena olevien tulorajojen tulisi myös järjestelmän rakenteen säilyttämiseksi seurata ansiotasossa tapahtuvaa kehitystä. Asiakasmaksujen sekä maksujen perusteena olevien tulorajojen ajankäytön säilyttäminen olisi toteutettavissa ottamalla maksujärjestelmässä käyttöön indeksitarkistusmenetelmä.

Indeksitarkistusten käyttö on sosiaaliturvausjärjestelmässä yleistä. Indeksitarkistuksilla on sosiaaliturvajärjestelmässä suuri taloudellinen merkitys. Tämän järjestelmän tavoitteena on säilyttää maksussa olevien etuuksien taso suhteessa sovittuun vertailutasoon. Erityisen tärkeätä on etuuden arvon säilyttäminen pitkäkestoissa etuuksissa. Säännöllisten, automaattisten tarkistusten toteuttaminen on hallinnon kannalta yksinkertainen järjestelmä.

Indeksitarkistuksella tarkoitetaan menetelmää, jossa tiettyä maksua tai tulorajaa tarkistetaan etukäteen määritellyn indeksin muutoksen mukaisesti. Käytettävä indeksiperuste voi vaihdella käyttötarkoituksen mukaan. Tarkistusmenettelyn tulisi olla mahdollisimman neutraali, lähinnä teknisluonteinen toimenpide, jolla esimerkiksi maksun tai etuuden taso säilytetään suhteessa valittuun vertailutasoon. Tarkistusmenettelyssä indeksiperuste tulisi olla myös oikeudenmukainen ja läpinäkyvä.

Tarkistusmenettelyssä tarkistusperusteeksi valitaan yleensä sellainen indeksi, joka parhaiten kuvaa tavoiteltua muutoskehitystä. Nykyisin käytössä olevia kustannus- ja ansiotason muutosta kuvaavia indeksejä ovat muun muassa sekä yleinen että kuntien ansiotasoindeksi, kansaneläkeindeksi, työeläkeindeksi, palkkakerroin, kuluttajahintaindeksi sekä tukkuhintaindeksi. Lisäksi vuoden 2006 alusta otetaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmässä käyttöön uusi peruspalvelujen hintaindeksi, joka muodostuu sosiaali- ja terveys-toimen hintaindeksistä sekä opetus- ja kulttuuritoimen hintaindeksistä.

Sosiaalivakuutuksen etuuksissa sovelletaan nykyisin kolmea eri indeksijärjestelmää, jotka ovat palkkakerroin, työeläkeindeksi sekä kansaneläkeindeksi. Ennen vuotta 2005 sosiaalivakuutuksen etuuksissa sovellettiin indeksejä, jotka olivat alle 65-vuotiaiden ja yli 65-vuotiaiden eläkeindeksi sekä kansaneläkeindeksi.

Palkkakerrointa käytetään lähinnä etuuden perusteena olevien ansioiden korottamiseen silloin, kun etuus määräytyy ansiotason pohjalta. Tällöin ansiot korotetaan laskentahetken tasoon palkkakertoimella, jossa ansiotasoindeksin paino on 0,8 ja kuluttajahintaindeksin paino on 0,2.

Yli 65-vuotiaiden indeksiä ei enää nimikkeenä ole, mutta vuoden 2005 alusta vahvistettavan työeläkeindeksin pisteluku (vuosimuutos) vastaa yli 65-vuotiaiden eläkeindeksiä. Työeläkeindeksiä käytetään ansiosidonnaisten etuuksien tason säilyttämiseen. Tällöin etuuksia tarkistetaan eläkeindeksillä, jossa ansiotasonindeksin paino on 0,2 ja kuluttajahintaindeksin paino on 0,8.

Kansaneläkeindeksiä käytetään etuuden ostovoiman säilyttämiseen. Tällöin etuuksia tarkistetaan hintojen kehitystä vastaavasti eli kuluttajahintaindeksin muutosta vastaavasti.

Taulukko 9. Eri indeksien kehitys 2001-2004 (%)

Indeksi	2001	2002	2003	2004	keskim. 01-04
Yleinen ansiotasoindeksi	4,5	3,5	4,0	3,4	3,9
Kuntien ansiotasoindeksi	3,5	3,2	3,7	3,6	3,5
Kansaneläkeindeksi	3,9	2,4	1,2	0,6	2,0
Työeläkeindeksi	4,0	2,9	1,7	1,3	2,5
Palkkakerroin	-	-	-	-	-
Peruspalvelujen hintaindeksi	3,4	2,8	2,9	3,1	3,1
Sosiaali- ja terveystoimen hintaindeksi	3,2	2,5	3,1	3,3	3,0
Kuluttajahintaindeksi	2,6	1,6	0,9	0,2	1,3
Tukkuhintaindeksi	- 0,9	- 1,5	- 0,3	0,9	- 0,5

Indeksitarkistuksen toteuttamisvaihtoehtoja on useita. Tarkistus voidaan tehdä säännöllisesti sovittuna ajankohtana sovittun vertailuluvun muutosta vastaavasti. Yleisin käytössä oleva malli on, että tarkistaminen toteutetaan kerran vuodessa kalenterivuoden alussa. Menetelmä on hallinnollisesti erittäin yksinkertainen ja helposti ymmärrettävissä. Tarkistus voidaan toteuttaa myös porrasteisesti (porras- eli kynnysmalli). Tällöin maksua tarkistetaan, kun valitun vertailuluvun muutos ylittää tietyn kynnyksen. Toisin sanoen niin kauan kuin vertailuluvun muutos pysyy sovittun ”kynnysarvon” alapuolella, maksua ei tarkisteta. Kynnysarvon ylittyttyä maksu määrä voidaan tarkistaa täysimääräisesti joko

välittömästi tai esimerkiksi seuraavan vuoden alusta lukien. Kolmas vaihtoehto on harkinnanvarainen tarkistus, joka toteutetaan erillisellä päätöksellä ottaen huomioon esimerkiksi palvelujen tuottamisesta aiheutuvien kustannusten muutos.

Kunnallista sosiaali- ja terveystalvaeluista perittävien asiakasmaksujen enimmismäärät on säädetty asiakasmaksulaissa tai –asetuksessa. Voimassa olevassa lainsäädännössä asiakasmaksuihin tai maksujen perusteena oleviin tulorajoihin ei liitetty minkäänlaista indeksiin perustuvaa tarkistusmenettelyä. Palvelujen kustannuksissa tapahtunut kustannuskehitys on otettu maksuissa huomioon aika ajoin tehtävillä harkinnanvaraisilla erillisillä maksujen tarkistuksilla lakia tai valtioneuvoston asetusta muuttamalla. Viimeksi maksuja on tarkistettu vuoden 2002 alussa. Kunnallisten sosiaali- ja terveystalvaelujen käyttökustannuksista asiakkailta perittävillä maksuilla katetaan alle 8 prosenttia. Maksujen osuus käyttömenoista on laskenut vuodesta 1997 lukien noin yhdellä prosenttiyksiköllä (8,7 % > 7,7 %).

Toimikunta on yksimielinen indeksitarkistusmenettelyn käyttöön ottamisesta maksujärjestelmässä. Toimikunnan enemmistö ehdottaa maksujen ja maksujen perusteena olevien tulorajojen sitomista eri indekseihin seuraavasti:

Maksu/Maksun peruste	Indeksi
Sosiaali- ja terveydenhuollon tasamaksut	Sosiaali- ja terveystoimen hintaindeksi
Lasten päivähoidon enimmäismaksut ja maksujen perusteena olevat tulorajat	Yleinen ansiotasoindeksi
Kotipalvelumaksujen tulorajat	Työeläkeindeksi
Vähimmäiskäyttövara pitkäaikaisessa laitoshoidossa	Työeläkeindeksi
Kunnallinen maksukatto	Kansaneläkeindeksi

Indeksitarkistus toteutettaisiin automaattisesti kalenterivuoden alusta joka toinen vuosi. Ensimmäisen kerran indeksitarkistus laskettaisiin vuonna 2007 (tarkistusvuosi) ja se tulisi voimaan vuoden 2008 alusta (jos maksuja korotetaan vuoden 2006 alusta). Indeksikorotusten suuruus tulisi vahvistaa noin puoli vuotta ennen niiden voimaan tuloa ja tarkistuksessa käytettävä indeksi määräytyisi tarkistusvuotta edeltäneen vuoden viimeisen päivän tilanteen perusteella. Indeksitarkistuksen perusteena käytettäisiin tarkistusvuotta edeltävän vuoden indeksilukuja. Tarkistusvuotena pidettäisiin sitä kalenterivuotta, jota seuraavan vuoden alusta indeksitarkistus toteutetaan. Enimmäismaksujen määrä vahvistettaisiin valtioneuvoston asetuksella. Maksujen pyöristämisessä sovellettaisiin yleissääntönä pyöristämistä kymmenen sentin tarkkuuteen. Maksukaton, maksujen perusteena käytettävien tulorajojen, päivähoitomaksujen sekä pitkäaikaishoidossa olevan vähimmäiskäyttövaran osalta maksut pyöristettäisiin täysiin euroihin.

Maksuja ja maksujen perusteena olevia tulorajoja tulisi tarkistaa käyttäen yllä mainittuja indeksejä tarkistusperusteena vuosina 2002-2004 tapahtunutta muutosta vastaavasti. Alla olevassa taulukossa on esitetty, miten vuoden 2002 maksut ja tuloajat olisivat kehittyneet, mikäli niiden tasot olisivat olleet sidottu nyt esitettyihin indekseihin. Eri maksut on luokiteltu käytettävien indeksien pohjalta. Ehdotuksena on esitetty laskennalliset vuoden 2006 maksujen tasot, jotka ovat pyöristetty 10 sentin tarkkuudella. Maksukaton, tuloajojen, päivähoitomaksujen sekä pitkäaikaishoidossa olevan vähimmäiskäyttövaran osalta maksut ovat pyöristetty täysiin euroihin.

Indeksikehityksen vaikutukset asiakasmaksuihin 2002-2004 sekä niihin perustuva ehdotus uusiksi asiakasmaksuiksi 2006 alusta:

PALVELU	MAKSU				Ehdotus 2006
	Lähtötaso 1.1.2002	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004	
Sosiaali- ja terveystoimen hinta- indeksi (vuosittainen muutos %)	-	2,5 %	3,1 %	3,3 %	kokonais- korotus 9,2 %
Tk-lääkärin vastaanotto					
- Käyntimaksu	11,00	11,28	11,63	12,01	12,00
- Vuosimaksu	22,00	22,55	23,26	24,03	24,00
- Päivystysmaksu	15,00	15,38	15,86	16,38	16,40
Fysioterapia+ sarjahoito	6,00	6,15	6,34	6,55	6,60
Kotisairaanhoido					
- Lääkäri	11,00	11,28	11,63	12,01	12,00
- Muu henkilö	7,00	7,18	7,40	7,64	7,60
Sairaalan poliklinikkamaksu	22,00	22,55	23,26	24,03	24,00
Päiväkirurgian maksu	72,00	73,81	76,12	78,63	78,60
Laitoshoidon maksut					
Hoitopäivämaksu	26,00	26,66	27,49	28,39	28,40
Psykiatrian hoitopäivämaksu	12,00	12,30	12,69	13,10	13,10
Päivä- ja yöhoidon maksu	12,00	12,30	12,69	13,10	13,10
Kuntoutushoidon maksu	9,00	9,23	9,51	9,83	9,80
Sarjahoidon maksu	6,00	6,15	6,34	6,55	6,60
Lääkärintodistus	27,00	27,68	28,54	29,49	29,50
Sakkomaksu	27,00	27,68	28,54	29,49	29,50
Hammashoito					
Perusmaksu, suuhygienisti	maksun suuruudeksi on esitetty				6,00
Perusmaksu, hammaslääkäri	maksun suuruudeksi on esitetty				9,00
Perusmaksu, erikoishammaslääkäri	maksun suuruudeksi on esitetty				12,00
Maksu tutkimuksesta, vaativuusluokka:					
- 0-2	maksun suuruudeksi on esitetty				5,00
- 3-4	maksun suuruudeksi on esitetty				11,00
- 5-7	maksun suuruudeksi on esitetty				22,00
Toimenpidemaksut					
	5,00	5,13	5,29	5,46	5,50
	11,00	11,28	11,63	12,01	12,00
	22,00	22,55	23,26	24,03	24,00
	32,00	32,81	33,83	34,95	34,90
	45,00	46,13	47,57	49,14	49,10
	107,00	109,70	113,12	116,85	116,80
	130,00	133,28	137,43	141,97	142,00

Muita maksuja					
Päivämaksu omaishoitajan vapaan ajalta	<i>maksun suuruudeksi on esitetty</i>				9,00
Lastensuojelun maksu	1 070,00	1 096,96	1 131,17	1 168,50	1 168,50
	1.1.2002	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004	
TEL-indeksi (vuosittainen muutos %)	-	2,9 %	1,7 %	1,3 %	kokonais- korotus 6,1 %
Kotona annettavat palvelut					
Tulorajat:					
1 hlö	445,00	458,03	465,95	472,00	472,00
2 hlö	820,00	844,02	858,60	869,75	870,00
3 hlö	1 285,00	1 322,64	1 345,49	1 362,96	1 363,00
4 hlö	1 590,00	1 636,57	1 664,84	1 686,46	1 686,00
5 hlö	1 925,00	1 981,38	2 015,61	2 041,79	2 042,00
6 hlö	2 210,00	2 274,73	2 314,03	2 344,08	2 344,00
Korotus / lisähenkilö	270,00	277,91	282,71	286,38	286,00
Vähimmäiskäyttövara pitkäaikaisessa laitoshoidossa	80,00	82,34	83,77	84,85	85,00
	1.1.2002	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004	
KEL-indeksi (vuosittainen muutos %)	-	2,4 %	1,2 %	0,6 %	kokonais- korotus 4,2 %
Maksukatto	590,00	604,05	611,30	614,92	615,00
	1.1.2002	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004	
Yleinen ansiotasoindeksi (vuosittainen muutos %)	-	3,5 %	4,0 %	3,8 %	kokonais- korotus 11,7 %
Päivähoidon maksut ¹⁴					
Tulorajat perheen koon mukaan					
1-2 hlöä	918,00	950,13	988,14	1 025,68	1 026,00
3 hlöä	1 132,00	1 171,62	1 218,48	1 264,79	1 265,00
4 hlöä	1 344,00	1 391,04	1 446,68	1 501,66	1 502,00
Enimmäismaksu lasta kohden	200,00	207,00	215,28	223,46	223,00
Toisen lapsen raja	180,00	186,30	193,75	201,11	201,00

¹⁴ Päivähoitomaksuissa on käytetty voimassa olevaan lakiin perustuvaa perhekokoa, koska uudistuksen ensivaiheessa on tarkoitus tehdä maksuihin vain indeksitarkistukset vuosilta 2002-2004 ja maksujärjestelmään liittyvät rakenteelliset muutokset lisäselvitysten valmistuttua. Päivähoitorakenteeseen liittyvät muutokset, kts. luku 7.3. ja asiakasmaksulakiluonnos 27 §.

TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen enimmäismäärien, maksujen perusteena olevien tulojen ja pitkäaikaisen laitoshoidon vähimmäiskäyttövaran määrä tarkistetaan automaattisesti joka toinen vuosi vastaamaan sovitun kustannus- tai ansiotason kehitystä.
- Eri asiakasmaksuissa tarkistusperusteena käytetään sellaista indeksiä, joka parhaiten kuvaa pääasiallisen palvelun käyttäjäryhmän profiilia
- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen, niiden perusteena olevien tulojen ja vähimmäiskäyttövaran määrää tarkistetaan vuosien 2002 – 2004 kustannuskehitystä vastaavasti käyttäen kunkin maksun kehitystä parhaiten kuvaavan indeksin kehitystä

*TOIMIKUNNAN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET:**Taloudelliset vaikutukset:*

Ehdotuksen mukaan terveydenhuollon tasamaksut nousisivat keskimäärin 9,2 %:a. Kotona annettavien palveluiden osalta tulorajat ja vähimmäiskäyttövara nousisivat 6,1 %:a ja kunnallinen maksukatto 4,2 %:a.

Vuosien 2002-2004 indeksikehityksen mukaiset korotukset perusterveyden- ja hammas- huollon sekä erikoissairaanhoidon maksuissa merkitsisi vuoden 2002 tasoon (laskettuna vuoden 2002 käyttäjätiedoin) verrattuna arviolta 53 miljoonan euron lisäyksen mukaan lukien hammashuollon rakenteellisten muutosten aiheuttaman 8 miljoonan euron lisäyksen (kts. luku 7.2). Lasten päivähoitomaksujen osalta tulojen ja enimmäismaksujen korotukset esitettyjen indeksien mukaisesti kasvattaisivat maksutuloja vuoden 2002 käyttäjätiedoin noin 12 miljoonalla eurolla ilman järjestelmään tehtäviä rakenteellisia muutoksia, jotka on kuvattu luvussa 7.3.

Muut vaikutukset:

Maksujen sitomisella indeksikehitykseen voidaan turvata maksujen ajanmukaisuus ja reaali- tason säilyminen.

7.8 Maksukattoja koskevat ehdotukset

Tällä hetkellä kuntien sosiaali- ja terveystalouksissa on kunnallisen maksukaton lisäksi käytössä yksittäisiä maksuja koskevia vuotuisia enimmäismääriä, ns. välikattoja. Näitä erillisiä välikattoja on terveyskeskusmaksussa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Välikat-

tojen täyttyminen vaatii erillisseurantaa varsinaisen maksukaton täyttymisen seurannan ohella.

Sairausvakuutusjärjestelmässä omavastuuosuuksien vuotuinen enimmäismäärä on käytössä matka- ja lääkekustannuksissa. Kummallakin katolla on periaatteessa erilaiset tavoitteet. Matkakustannusten korvaamisella on haluttu turvata tasavertaiset mahdollisuudet hoidon saantiin asuinpaikasta riippumatta ja omavastuukaton asettamisella helpottaa erityisesti usein hoitoa tarvitsevien tilannetta. Lääkekustannusten katon käyttöönoton taustana on, että ei ole tarkoituksenmukaista eikä käytännössä mahdollistakaan sisällyttää erityiskorvattaviin kaikkia eikä varsinkaan harvinaisia sairauksia, joista voi aiheutua toistuvia kustannuksia.

Toimikunnan työn aikana tehdyn, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirejä koskeneen selvityksen mukaan sekä kunnallinen sosiaali- ja terveyshuollon maksukatto että joku Kelan vuosiomavastuu täyttyi vuonna 2004 noin 0,5-0,6 prosentilla väestöstä. Kunnallinen maksukatto ja sairausvakuutuksen vuosiomavastuu lääkkeissä täyttyi noin 0,4 prosentilla väestöstä. Näiden kahden sairaanhoitopiirin tietojen perusteella arvioituna koko maan tasolla olisi noin 25 000 - 30 000 henkilöä, joilla kunnallisen maksukaton lisäksi täyttyy samanaikaisesti myös joku Kelan vuosiomavastuu, ja noin 20 000 henkilöä, joilla maksukaton lisäksi täyttyvä Kelan vuosiomavastuu täyttyy lääkekustannuksista.

Erillisistä maksukatoista aiheutuvan kokonaismaksurasituksen pienentäminen olisi asiakkaiden näkökulmasta perusteltua ja tarpeellista. Yhteisen maksukaton toteuttaminen vaatii kuitenkin monien periaatteellisten kysymysten ja käytännön ongelmien ratkaisemista. Yhteisessä maksukatossa olisi kyse perustaltaan ja yksityiskohdiltaan erilaisten lainsäädäntöjen yhteensovittamisesta ja järjestelmien erilaisuudesta johtuen (mm. lainsäädäntö, katon taso ja rahoitus) yhteisen katon rahoitukseen, hallinnointiin ja toteutukseen liittyy paljon selvittettäviä kysymyksiä. Yhteiseen maksukattoon liittyviä ongelmia on yksityiskohtaisemmin kuvattu luvussa 6.7.

Pitkän aikavälin tavoitteena tulisi pitää erillisistä maksukatoista aiheutuvan kohtuuttoman maksurasituksen pienentämistä luomalla yhtenäinen maksukatto tai muu vastaava malli sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Asia on erityisen merkityksellinen paljon palveluja käyttäville pienituloisille ja vähävaraisille henkilöille, joiden maksurasitus nykyisessä järjestelmässä nousee korkeaksi. Toimikunnalle tehdyn selvityksen mukaan (kts. luku 3.3.3) kunnallisen maksukaton ylittäneistä henkilöstä kolmasosalla täyttyy myös jokin Kelan vuotuisista omavastuuosuuksista neljäsosalla sairausvakuutuksen vuosiomavastuu lääkkeissä. Ensi vaiheessa järjestelmän selkeyttäminen ja maksukattojen yhdistäminen olisi tarkoituksenmukaista toteuttaa luopumalla asiakasmaksujärjestel-

mässä ns. välikatoista (18-vuotiaiden lyhytaikaisen laitoshoidon ja sarjahoidon erillinen maksukatto sekä terveystakeskukseen vuosimaksu).

Toimikunnan näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen maksukaton tai sitä vastaavan mallin kehittäminen edellyttää vielä perusteellista, erillistä jatkovalmistelua.

TOIMIKUNNAN EHDOTUKSET:

- Toimikunta esittää jatkovalmistelun käynnistämistä, jossa valmistellaan yhteinen maksukatto tai vastaava malli, joka turvaisi paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät kohtuuttomalta maksurasitukselta erityisesti niissä tilanteissa, kun palvelujen käyttäjän kunnallinen maksukatto sekä jokin sairausvakuutuslain mukaisista vuosiomavastuuosuuksista täytyy saman kalenterivuoden aikana.
- Maksujärjestelmän selkeyttämiseksi toimikunta esittää kunnallisessa terveydenhuollossa käytössä olevista ns. välikatoista (ns. välikatot terveystakeskusmaksuissa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaitten lyhytaikaisessa laitoshoidossa) luopumista.

TOIMIKUNNAN EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET:

Erillisistä yksittäisiä maksuja koskevista maksukatoista eli ns. välikatoista luopuminen selkeyttää ja yksinkertaistaa maksujärjestelmää ja vähentää hallinnollista työtä, koska erillisten maksukattojen seurantaa ei enää tarvitse tehdä. Lisäksi alle 18 -vuotiaiden palvelujen maksuttomuus mahdollistaa kunnallisessa maksukatossa siirtymisen perhekohtaisesta yksilökohtaiseen maksukattoon. Muutos selkeyttää ja yksinkertaistaa maksukattojärjestelmää ja helpottaa maksujen seurantaan tarvittavaa hallinnollista työtä.

7.9 Toimikunnan ehdotusten jatkovalmistelu

Uusien maksusäännösten valmistelu toimikunnan esittämien linjausten perusteella edellyttää vielä monien yksityiskohtien selvittämistä ja tarkentamista. Muun muassa asiakasmaksujen perusteena käytettävän tulokäsitteen määrittely edellyttää vielä jatkoselvitystä. Uuden maksulainsäädännön viimeistely on tarkoituksenmukaista tehdä vasta, kun eri tahoilta saatujen lausuntojen perusteella on arvioitu lausunnon antajien näkemykset ehdotetuista rakenteellisista ja muista muutoksista sekä ehdotettujen muutosten lopulliset vaikutuslaskelmat valmistuvat. Toimikunnalle varatun määräajan puitteissa ei ole ollut mahdollista kerätä ehdotettujen muutosten taloudellisten vaikutusten yksityiskohtaisessa arvioinnissa tarvittavia taustatietoja.

Toimikunnan näkemyksen mukaan ensivaiheessa tulisi toteuttaa asiakasmaksujen tasojen tarkistaminen vuoden 2002-2004 tapahtunutta kustannuskehitystä vastaavasti. Muutosta tehtäessä on otettava huomioon, että kunnalliseen maksukattoon tehtävien muutosten on tultava voimaan kalenterivuoden alusta ja päivähoiton maksujen muutokset olisi tarkoituksenmukaista toteuttaa päivähoiton toimintavuoden alusta eli 1.8. lukien.

Maksujärjestelmään tehtävät rakenteelliset muutokset olisi tarkoituksenmukaista toteuttaa vasta lausuntokierroksen ja lisäselvitysten valmistuttua. Toimikunnan ehdotusten jatkovalmistelu tulee toteuttaa yhteistyössä toimikunnassa edustettuina olevien tahojen kanssa. Tässä yhteydessä tulee mm. yksityiskohtaisesti arvioitavaksi ehdotettujen muutosten taloudelliset ja muut vaikutukset.

Toimikunta on työnsä aikana luonnostellut uuden asiakasmaksulain. Raportin liitteenä (s.147 ss.) olevasta lakiluonnoksesta on nähtävissä uuden lain rakenne. Lakiluonnoksen sisältöön toimikunta ei työnsä aikana ole ottanut kantaa. Lakiluonnokseen ei ole kaikilta osin tehty tarkistuksia (esim. maksujen perusteena olevat tulot) asian keskeneräisyyden vuoksi. Toimikunta ehdottaa maksujärjestelmän uudistamista kokonaan siten, että vain niistä maksuista, joista kunta voi periä maksun, säädetään lailla. Tältä osin uutta lakia ei ole kaikilta osin ehditty käydä lävitse siitä näkökulmasta, että maksujärjestelmän ulkopuolelle ei jäisi sellaisia maksullisia palveluja, joista ei ole voimassa olevassa laissa säädetty, mutta joista jatkossakin voisi periä maksun.

Lakiluonnokseen on tehty toimikunnan ehdottamien linjausten lisäksi eräitä muita pienempiä ja osin teknisiä tarkennuksia, joita ei ole toimikunnan raportissa käsitelty kuten esimerkiksi:

- määritelmät, lasten päivähoiton palvelujen käyttäjän osalta (6 §)
- vanhusten ja vammaisten kuljetuspalvelut (11 §)
- päiväkirurgia (14 §)
- fysioterapiasta perittävä maksu (20 §)
- omaishoitajan vapaan aikaiset palvelut (33 §) – pykälän muutostarpeet tulee arvioida jatkovalmistelussa ottaen huomioon omaishoidon tuesta annetun lain muutosehdotukset (syksy 2005)
- työterveyshuollon maksut (35 §)
- muulta kuin Suomessa asuvalta perittävä maksu (42 §)
- viivästyskorko ja perintäkulut (57 §)
- muutoksenhaku (59 §)

LIITE 1. Luonnos asiakasmaksulain uudeksi rakenteeksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaki

1. Luku Yleiset säännökset

1 §. Soveltamisala. Kunnallisista sosiaali- ja terveystalvaeluista palvelun käyttäjältä perittävistä asiakasmaksuista säädetään tässä laissa.

2 §. Palvelusta perittävä maksu. Palvelun käyttäjältä voidaan periä asiakasmaksu vain tässä laissa mainituista kunnallisista sosiaali- ja terveystalvaeluista. Mikäli palvelua ei ole mainittu tässä laissa, palvelu on palvelun käyttäjälle maksuton. Terveysten- ja sairaanhoidon palvelut ovat maksuttomia alle 18-vuotiaille lukuun ottamatta pitkäaikaista laitoshoidoa ja pitkäaikaista kotona annettavaa palvelua.

2 a §. Erityisperusteinen maksuttomuus. Poiketen siitä, mitä tässä laissa muutoin säädetään, ovat seuraavat palvelut maksuttomia:

1) Tartuntatautilaissa (583/86) tarkoitettut rokotukset, yleisvaarallisen tartuntataudin tutkimus, hoito ja hoitoon määrättyt lääkkeet sekä sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn eristäminen, HIV-infektion, tippurin ja sukupuoliteitse tarttuvan klamydiainfektion tutkimus ja hoito sekä ilmoitettavaan tartuntatautiin sairastuneen hoitoon määrättyt lääkkeet;

2) erikoissairaanhoitolain 1 §: n 2 momentissa tarkoitettuun lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluva neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus; sekä

3) kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 1–6 kohdassa ja erikoissairaanhoitolain 1 §:n 2 momentissa tarkoitettuihin palveluihin liittyvät apuvälineet sekä niiden sovitus, tarpeellinen uusiminen ja huolto paitsi silloin, kun apuvälineen tarve aiheutuu tapaturmavakuutuslain (608/48), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/81), sotilasvammalain (404/48), liikennevakuutuslain (279/59), potilasvahinkolain (585/86) tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaan korvattavasta vahingosta tai ammattitaudista.

3 §. Maksun enimmäismäärä. Palvelusta voidaan periä enintään tässä laissa säädetyn enimmäismäärän suuruinen maksu. Säädetyn enimmäismäärän estämättä palvelusta perittävä maksu ei saa kuitenkaan ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Jos palvelusta perittävänä maksun enimmäismäärää ei ole säädetty, perittävä maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen.

4 §. *Maksukykyyn tai muuhun syyhyn perustuva maksuttomuus.* Sosiaalihuollon palveluista määrätty maksu ja terveydenhuollon palveluista henkilön maksukyvyyn mukaan määrätty maksu on jätettävä perimättä tai sitä on alennettava siltä osin kuin maksun periminen vaarantaa henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteuttamista.

Palvelun tuottava kunta tai kuntayhtymä voi päättää, että:

- 1) muitakin kuin 1 momentissa tarkoitettuja maksuja voidaan jättää perimättä tai alentaa 1 momentissa tarkoitetuilla perusteilla; tai
- 2) maksuja voidaan alentaa tai jättää perimättä, jos siihen on syytä huollolliset näkökohdat huomioon ottaen.

5 §. *Ostopalvelu ja palveluseteli.* Jos kunta tai kuntayhtymä järjestää palveluja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettulla tavalla ostopalveluna, palvelun käyttäjältä on perittävä samat maksut ja korvaukset kuin kunnan tai kuntayhtymän itse järjestämistä vastaavista palveluista.

Jos palveluja järjestetään 1 momentissa tarkoitettulla tavalla palvelusetelillä, palvelun käyttäjältä ei saa periä asiakasmaksua. Palvelun käyttäjän maksettavaksi tuleva omavastuuosuus ei saa ylittää sitä asiakasmaksua, jonka kunta tai kuntayhtymä voisi periä itse tuottamistaan palveluista, ellei palvelusetelin arvon määräytymisestä erikseen toisin säädetä.

Omavastuuosuuden suuruutta määritettäessä otetaan vastaavasti huomioon, mitä tässä laissa säädetään maksun perimättä jättämisestä tai alentamisesta.

6 §. *Määritelmiä.* Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) *palvelun käyttäjällä* yhtä tai useampaa henkilöä, joka käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua tai johon palvelu kohdistuu; kotipalvelussa ja lasten päivähoidossa palvelun käyttäjäksi katsotaan lapsen ohella hänen kanssaan yhteistaloudessa elävät vanhemmat tai muut huoltajat;
- 2) *perheellä* yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa eläviä henkilöitä sekä molempien samassa taloudessa eläviä alaikäisiä lapsia;
- 3) *hoitopäivällä* henkilön laitoshoitoon tulopäivää, sen jälkeen kertyviä hoitovuorokausia ja laitoksesta lähtöpäivää; sekä
- 4) *kotona annettavalla palvelulla* sosiaalihuoltoasetuksen (607/83) 9 §:ssä tarkoitettuja kotipalveluita ja kansanterveyslain (66/72) 14 §:n 1 momentin 2 kohdan perusteella järjestettyä kotisairaanhoitoa.

2. luku. Avopalveluiden maksut

7 §. Kotona annettava palvelu. Jatkuvasti ja säännöllisesti annetusta kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta voidaan periä palveluun käytetyn ajan perusteella, palvelun käyttäjän maksukyvyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kohtuullinen kuukausimaksu.

Kuukausimaksu saa olla enintään jäljempänä tarkoitetun maksuprosentin osoittama määrä tulorajan ylittävistä kuukausituloista. Maksuprosentit ja tulorajat ovat seuraavat:

Henkilömäärä	Tuloraja Euroa/kuukausi	Maksuprosentti
1	472	35
2	869	22
3	1 362	18
4	1 686	15
5	2 041	13
6	2 343	11

Kun henkilömäärä on suurempi kuin kuusi, tulorajaa korotetaan 286 eurolla ja maksuprosenttia alennetaan 1 prosenttiyksiköllä kustakin seuraavasta henkilöstä

Kotona annettavasta palvelusta laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelmaan tulee sisällyttää sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelu, vaikka palvelujen tuottamisesta vastaisivat erikseen kunta ja kuntayhtymä. Suunnitelmaa tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa.

8 §. Tukipalveluiden maksu. Edellä 7 §:ssä määritelty kotona annettavista palveluista perittävä kuukausimaksu sisältää palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaiset tukipalvelut siltä osin, kun kysymyksessä on kotipalvelu- tai kotihoidon yksilön ja perheen työapu, henkilökohtainen hoito ja huolenpito, joka käsittää asiointi- ja siivoustehtävät, sosiaalinen kanssakäymisen ja kotona tehtävän vaatehuollon.

Sen estämättä mitä 1 momentissa säädetään muista tukipalveluista voidaan periä kunnan päättämä maksu.

9 §. Tilapäisen kotona annettavan palvelun maksu. Tilapäisestä kotipalvelusta voidaan periä kunnan päättämä kohtuullinen maksu. Tilapäisestä kotisairaanhoidosta voidaan periä enintään 11 euroa lääkärin tai hammaslääkärin suorittamasta kotikäynnistä ja enintään 7 euroa muun henkilön suorittamasta koti-

käynnistä. Tilapäisestä kotisairaanhoidosta ei saa kuitenkaan periä erikseen maksua sellaiselta henkilöltä, joka saa x §:ssä tarkoitettua jatkuvaa kotisairaanhoidoa.

Palvelun käyttäjän kotona annetusta erikoissairaanhoidosta voidaan periä 13 §:n mukainen poliklinikkamaksu. Sarjassa annettavasta hoidosta saa kuitenkin periä enintään 19 §:n mukaisen maksun.

10 §. Asumispalvelut ja palveluasuminen. Sosiaalihuoltolain (710/1982) 22 §:n mukaisista asumispalveluista ja palveluasumisesta peritään vastaavat maksut kuin kotona annettavista palveluista on säädetty 7 – 9 §:ssä.

Milloin henkilö saa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/87) 8 §:n 2 momentissa tarkoitetun palveluasumisen erityiskustannuksiin korvausta muun lain nojalla, voidaan palvelusta periä enintään saatua korvausta vastaava maksu.

11 §. Vanhusten ja vaikeavammaisten kuljetuspalvelut. Sosiaalihuoltolain (710/1082) ja vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain 8 §:n 2 momentissa tarkoitetuista vaikeavammaisille järjestettävistä kuljetuspalveluista voidaan periä enintään julkisen liikenteen maksua vastaava maksu tai jos paikkakunnalla ei ole julkista liikennettä, maksu on liikenne ja viestintäministeriön asetuksella vahvistetun linja-autoliikenteen taksan mukainen perusmaksu.

12 §. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon maksut. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista voidaan periä enintään xx euron käyntimaksu käyntikertojen lukumäärästä riippumatta.

Terveyskeskuksen päivystyksessä voidaan periä arkisin 20.00–8.00 välisenä aikana sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä 1 momentissa säädetyn maksun sijasta enintään xx euroa käynniltä.

Jos potilas otetaan lääkärin suorittaman tutkimuksen jälkeen välittömästi hoidettavaksi terveyskeskuksen vuodeosastolle peritään häneltä 1 ja 2 momenteissa säädetyn maksun sijasta 21 §:ssä säädetty maksu hoitopäivämaksu.

13 §. Sairaalan poliklinikkamaksu. Sairaalan poliklinikalla tutkittavalta tai hoidettavalta erikoissairaanhoidon potilaalta voidaan periä enintään xx euroa käynniltä. Poliklinikkamaksun saa periä myös terveyskeskuksen yhteydessä toimivassa erikoissairaanhoidon poliklinikassa. Valtioneuvoston asetuksella voidaan määritellä perusteet, milloin terveyskeskuksen yhteydessä toimiva poliklinikka on tässä pykälässä tarkoitettu erikoissairaanhoidon poliklinikka.

Edellä 1 momentissa säädettyä maksua ei saa periä psykiatrisen avohoidon toimintayksikössä annetusta hoidosta.

Jos potilas poliklinikalla suoritetun tutkimuksen jälkeen otetaan välittömästi sairaalaan hoidettavaksi, peritään häneltä 1 momentissa säädetyn maksun sijasta 21 §:ssä säädetty maksu.

14 §. Päiväkirurgia. Päiväkirurgisesta toimenpiteestä, joka tehdään leikkaussalissa tai leikkaussaliolosuhteissa ja joka edellyttää yleisanestesiaa, laajaa puudutusta tai suonensisäisesti annettavaa lääkitystä, voidaan periä 13 §:ssä säädetyn maksun sijasta enintään xx euroa.

Jos päiväkirurgisessa toimenpiteessä ollut henkilö komplikaation tai muun vastaavan syyn takia jää hoitopaikkaan toimenpidettä seuraavaan vuorokauteen, voidaan häneltä periä 1 momentissa säädetyn maksun lisäksi 21 §:ssä säädetty hoitopäivämaksu.

15 §. Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Yksityislääkärin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista, joihin ei liity muita tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä, voidaan periä enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia vastaava maksu.

16 §. Suun ja hampaiden tutkimus ja hoito. Terveyskeskuksessa annetusta suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta voidaan periä perusmaksuna suuhygienistin antamasta hoidosta enintään xx euroa käynniltä, hammaslääkärin antamasta hoidosta enintään xx euroa käynniltä ja erikoishammaslääkärin antamasta hoidosta enintään xx euroa käynniltä.

Edellä 1 momentissa säädetyn perusmaksun lisäksi voidaan tutkimuksesta ja hoidosta periä kulloinkin voimassa olevan terveydenhuollon toimenpide-
luokituksen suun terveydenhuollon toimenpiteistä enintään seuraavat maksut:

1)	Tutkimukset	
	Toimenpideluokitukset 0 – 7 (korvaus porrastetaan toimenpideluokittainen, toimenpideluokat eritellään myöhemmin)	€
b)	Lisäksi tehdyistä kuvantamistutkimuksista	
	– hammaskuvalta	€
	– leukojen ja koko hampaiston panoraamaröntgenkuvauksesta	€
2)	Ehkäisevä hoito	
	Toimenpideluokituksen SC-ryhmän ehkäisevän hoidon ja terveystasvatuksen toimenpiteistä käyntikerralta	€
3)	Sairauksien hoito	
	Toimenpideluokituksen vaativuusluokan mukaan, lukuun ottamatta kohdassa 4 lueteltuja proteettisia toimenpiteitä, kultakin toimenpiteeltä:	
	vaativuusluokka	maksu
		€
	0 – 2	
	3 – 4	
	5 – 7	
	8 – 10	
	11 –	
4)	Proteettiset toimenpiteet	maksu
		€
a)	proteesin huolto:	
	pohjauksella	
	korjaus	
b)	akryyliosa- ja kokoproteesi	
c)	kruunut ja sillat hampaalta	
d)	rankaproteesi	130

Edellä 1 ja 2 momentissa säädettyjen maksujen lisäksi voidaan oikomislaiteis-
ta ja hammasproteettisista toimenpiteistä periä aiheutuvat hammastekniset
kulut enintään todellisten kustannusten mukaisina, mikäli potilas ei ole suorit-
tanut maksua suoraan valmistajalle.

Erikoismateriaaleista voidaan periä enintään todellisia kustannuksia vastaava
maksu.

Jos potilas annettujen käyttöohjeiden vastaisen menettelyn tai ilmeisen huolimattomuuden vuoksi on aiheuttanut oikomislaitteen häviämisen tai vahingoittumisen, voidaan häneltä periä uuden oikomislaitteen hankkimisesta tai vahingoittuneen laitteen korjaamisesta aiheutuneet hammastekniset kulut enintään todellisten kustannusten mukaisina.

Siltä, jolla on rintamasotilastunnus, rintamapalvelustunnus, rintamatunnus, veteraanitunnus tai jolla on eräisiin Suomen sotiin liittyneissä tehtävissä palvelleiden kuntoutuksesta annetun lain (1039/1997) 2 §:ssä tarkoitettu todistus lain 1 §:n 1 momentin 3 kohdassa tarkoitettuihin miinanraivaustehtäviin osallistumisesta, ei saa periä maksua hampaiden tarkastuksesta, ehkäisevästä hoidosta eikä protetiikkaan liittyvästä kliinisestä työstä.

17 §. Suun ja leukojen erikoissairaanhoido. Terveyskeskuksessa annetusta suun ja leukojen erikoissairaanhoidosta voidaan periä 16 §:ssä säädetyn maksun sijasta enintään 13 §:n 1 momentissa tai 14 §:ssä säädetty maksu silloin kun tutkimuksen ja hoidon perusteena on:

- a) hampaiston, leukojen ja kasvojen kehityshäiriö,
- b) vaikea, toimintaa häittäava laaja-alainen synnynnäinen hampaistopuutos tai kehityshäiriö,
- c) pään ja leukojen alueen kiputila,
- d) kaulan ja pään alueen säteilytys tai sytostaattihoito taikka
- e) muun kuin hammassairauden takia välttämätön suun hoito.

18 §. Sairaankuljetus. Terveyskeskuksen sairaankuljetusajoneuvolla suoritetusta sairaankuljetuksesta voidaan periä enintään liikenneministeriön vahvistaman taksan mukainen maksu. Tämä maksu voidaan periä myös silloin, kun annetun ensihoidon ansiosta potilaan tila on korjaantunut siinä määrin, että kuljetusta hoitopaikkaan ei ole tarvinnut suorittaa

Edellä 1 momentissa säädettyä maksua ei saa periä lääkärin määräämästä sairaankuljetusajoneuvolla tapahtuvasta kuljetuksesta terveystakeskuksen tai sairaalan sairaansijalta toiseen hoitolaitokseen tai kotihoitoon. Maksua ei saa myöskään periä silloin kuin asianmukaisin perustein tilattu sairaankuljetus osoittautuu tarpeettomaksi.

Sairausvakuutuslain (364/63) mukaan vakuutetulla on oikeus saada sairaankuljetuksesta aiheutuneista kustannuksista korvausta siten kuin mainituissa laissa säädetään.

19 §. Sarjassa annettava hoito. Sarjassa annettavasta hoidosta voidaan periä enintään xx euroa hoitokerralta. Sarjassa annettavalla hoidolla tarkoitetaan vähintään kolme kertaa enintään kolmen viikon välein toistuvaa hoitoa.

20 §. Fysioterapia. Yksilökohtaisesta ja ryhmässä annetusta fysioterapiasta saa periä 19 §:ssä tarkoitetun maksun.

3. luku. Laitoshoidon maksut

21 §. Lyhytaikainen laitoshoido. Lyhytaikaisessa laitoshoidossa olevalta voidaan periä hoidosta ja ylläpidosta psykiatrian toimintayksikössä enintään XX euroa hoitopäivältä ja muussa lyhytaikaisessa laitoshoidossa enintään XX euroa hoitopäivältä. Maksua ei saa kuitenkaan periä mielenterveyslain (1116/1990) 9 §:n perusteella järjestetyn tarkkailun ajalta, jos tarkkailtavaksi otettua ei tarkkailun perusteella määrätä mielenterveyslain 8 §:ssä tarkoitettuun tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Hoitopäivämaksun saa periä vain kerran kalenterivuorokaudelta. Jos asiakas siirtyy välittömästi toiseen laitokseen, lähettävä laitos ei saa periä maksua siltä päivältä, jona asiakas siirtyy.

22 §. Osavuorokausihoidon maksu. Jos hoidollisista syistä on tarkoituksenmukaista, että henkilö on terveystieteiden keskuksessa, sairaalassa tai sen toimintayksikössä taikka sosiaalihuollon laitoksessa tai muussa toimintayksikössä hoidettavana hoitosuunnitelman mukaisesti vain osan hoitopäivästä, saa häneltä periä tällaisesta osapäivähoidosta 21 §:ssä) säädetyn maksun sijasta enintään 12 euroa vuorokaudessa.

Edellä 1 momentissa säädettyä maksua ei saa periä, psykiatrisen avohoidon toimintayksikössä annetusta hoidosta, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/77) tarkoittamasta erityishuollosta, poliklinisesta päihdehuollosta eikä vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain 22 §:n 2 momentissa tarkoitetusta suojatyöstä.

23 §. Pitkäaikaisesta laitoshoidosta perittävä maksu. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta peritään maksukyvyn mukaan määräytyvä maksu. Maksu voi olla enintään 85 prosenttia hoidossa olevan tässä laissa tarkoitetuista kuukausituloista, jollei tässä laissa toisin säädetä. Maksu voidaan kuitenkin määrätä enintään sen suuruiseksi, että hoitoa saavan henkilön henkilökohtaiseen käyttöön jää kuukausittain vähintään xx euroa.

Jos pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva on välittömästi ennen laitoshoidon alkamista elänyt yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa ja hänen kuukausitulonsa ovat suuremmat kuin puolison kuukausitulot, maksu määräytyy puolisojen yhteenlaskettujen kuukausitulojen perusteella. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta perittävä maksu voi olla enintään 42,5

prosenttia edellä mainituin perustein yhteenlasketuista kuukausituloista. Laitoshoidossa olevan henkilökohtaiseen käyttöön tulee kuitenkin jäädä vähintään xx euroa kuukaudessa. Jos molemmat tässä momentissa tarkoitetut puoliset ovat pitkäaikaisessa laitoshoidossa, maksu määräytyy kuitenkin siten kuin 1 momentissa säädetään.

24 §. *Pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva henkilö.* Asiakasmaksua määrättäessä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevaksi katsotaan:

- 1) ympärivuorokautisen laitoshoidon alkamisesta lukien henkilö, jonka laitoshoidon voidaan arvioida kestävän pitempään kuin kolme kuukautta; sekä
- 2) muu kuin 1 kohdassa tarkoitettu henkilö sen jälkeen, kun hänen ympärivuorokautinen laitoshoidonsa on jatkunut kolme kuukautta, jos hänen toimintakykynsä on katsottava heikentyneen siten, että häntä on hoidettava edelleen laitoksessa.

Sen estämättä, mitä 1 momentissa säädetään, pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevaksi ei katsota:

- 1) henkilöä, joka saa lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen (1015/1991) 3 §:n 2 momentin 6 kohdassa tai kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 2 §:n 3 kohdassa tarkoitettua kuntoutusta laitoksessa; eikä
- 2) lasta tai nuorta, joka on sijoitettu laitoshoidon lastensuojelulain nojalla.

25 §. *Lääkinnälliseen kuntoutuksen apuvälineet.* Apuvälineen käyttäjältä voidaan periä lisähinta sellaisesta apuvälineestä, joka aiheutuu tavanomaisesta poikkeavan apuvälineen hankinnasta. Lisähintana voidaan periä enintään tavanomaisen apuvälineen ja hankitun apuvälineen välinen hinnoero.

Apuvälinettä tarvitsevalta henkilöltä voidaan periä kunnan päättämän kohtuullisen panttimaksun, kun apuväline luovutetaan tämän käyttöön. Peritty panttimaksu on palautettava, kun apuväline luovutetaan hoitolaitokselle.

Mikäli apuvälinettä tarvitseva henkilö on tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella vahingoittanut käytössään olevan apuvälineen, tulee hänen korvata rikkomansa apuvälineen arvo kunnalle.

4. luku. Lasten päivähoiton maksut

26 §. *Lasten päivähoiton maksu.* Lasten päivähoidosta annetussa laissa (36/1973) tarkoitetusta lapsen päiväkotij- ja perhepäivähoidosta voidaan määrätä kuukausimaksu. Maksu voidaan periä enintään yhdeltätoista kalenterikuukaudelta toimintavuoden aikana. Lasten päivähoiton toimintavuosi alkaa elokuun ensimmäinen päivä ja päättyy seuraavan vuoden heinäkuun viimeisenä päivänä.

27 § Kokopäivähoidon maksun määräytyminen. Kokopäivähoidon kuukausimaksu saa olla enintään perheen koon mukaan määräytyvän maksuprosentin osoittama määrä vähimmäistulorajan ylittävästä kuukausitulosta. Kunta voi kuitenkin määrätä enimmäismaksun, jos hakija ei ilmoita perheen tuloja. Perheen kokona otetaan huomioon avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa elävät henkilöt sekä samassa taloudessa elävät alaikäiset lapset.

Maksuprosentit ja tulorajat ovat seuraavat:

Perheen koko henkilöä	Tuloraja euroa kuukaudessa	Korkein maksuprosentti
2	972	11,5
3	1 198	9,4
4	1 422	7,9
5	1 516	7,9
6	1 611	7,9

Jos perheen koko on suurempi kuin 6 lisätään päivähoito maksun perusteena olevaa tulorajaa 95 eurolla kustakin seuraavasta perheen alaikäisestä lapsesta maksuprosentin muuttumatta.

Jos lapsen päivähoito alkaa tai loppuu kesken kalenterikuukauden, maksu määrätään hoitopäivien lukumäärän mukaan kuukausimaksua alhaisempana.

28 §. Päivähoidon enimmäismaksu. Maksu voi kokopäivähoidossa olla lasta kohti enintään xx euroa kuukaudessa.

Milloin samasta perheestä on useampi kuin yksi lapsi kunnan järjestämässä päivähoitossa, voidaan nuorimmasta sekä ikäjärjestyksessä seuraavasta päivähoitossa olevasta lapsesta määrätä 27 §:n 2 momentin mukaan määräytyvä maksu. Toisen lapsen maksu voi kuitenkin olla enintään xx euroa kuukaudessa. Kustakin seuraavasta lapsesta määrättävä maksu on 20 prosenttia 27 §:n 2 momentin mukaan määräytyvästä maksusta.

29 §. Osa-aika ja -päivähoidosta perittävä maksu. Jos hoitopäiviä on toimintavuoden aikana keskimääräisesti vähemmän kuin 21 kuukaudessa, kunnan tulee periä hoitopäivien keskimääräisen lukumäärän mukaan 27 §:n 2 momentissa määräytyvään maksuun suhteutettu maksu.

Jos lapsen sovittu hoitoaika on keskimääräisesti alle 8 tuntia päivässä, suhteutetaan lapsen hoitomaksu sovittuun hoitoajan perusteella lapselle määräytyvään kokopäivähoidon maksuun. Päivähoidon maksua alentavana tekijänä on vastaavasti otettava huomioon myös perusopetuslain (628/1998) mukainen maksuton esiopetus.

30 §. Vuorohoidosta perittävä maksu. Jos lapsen hoidossaoloaika sovitulla tavalla vaihtelee (*vuorohoito*), päivähoidosta voidaan periä hoitotunteihin perustuva maksu. Tällöin lapsen hoitoaika voidaan määritellä kuukaudessa hoitotunteina, jotka suhteutetaan laskennalliseen kuukauden kokonaishoitoaikaan. Suhteellinen kokonaishoitoaika on 172 tuntia kuukaudessa.

Maksu voi kuitenkin olla enintään tässä luvussa määritelty korkein maksu.

31 §. Tilapäisesti annettavan päivähoidon maksu. Tilapäisesti annettavasta päivähoidosta voidaan määrätä kunnan päättämä maksu.

32 §. Leikki- ja kerhotoiminnan maksu. Kunta voi periä leikki- ja kerhotoimintaan liittyvästä palveluista niiden järjestämisestä aiheutuvan kohtuullisen maksun.

5. luku. Muut maksut

33 §. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaiset palvelut. Niistä palveluista, joita kunta järjestää hoidettavalle sosiaalihuoltolain 27 b §:n 2 momentissa tarkoitetun omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi ja jotka korvaavat omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa, voidaan periä hoidettavalta enintään xx euroa vuorokaudelta sen estämättä, mitä maksun määräytymisperusteista tai määrästä muualla laissa tai asetuksessa säädetään.

Edellä 1 momentissa tarkoitetuista palveluista perittävään maksuun sovelletaan kuitenkin niitä lain ja asetuksen säännöksiä, joiden mukaan palvelu on osittain tai kokonaan maksuton, lukuun ottamatta lain 6 luvun säännöksiä maksukatosta.

34 §. Lastensuojelun maksut. Lastensuojelulain nojalla avohuollon tukitoimena, sijaishuoltona tai jälkihuoltona lapselle annetusta perhehoidosta tai laitoshuollosta taikka asumispalveluista aiheutuvien kustannusten korvaamiseksi voidaan, milloin se on asianomaisten toimeentulon edellytykset ja huollolliset näkökohdat huomioon ottaen perusteltua, periä lapsen vanhemmilta maksu, joka saa määrältään olla enintään lapsen elatuksesta annetun lain 1–3 §:n perusteella määräytyvän elatusavun suuruinen. Lapsen vanhemmilta perittävä maksu jaetaan heidän keskenään maksukyvyn mukaan. Perittävä maksu ei saa kuitenkaan ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Kunta voi maksua vahvistamatta periä ja nostaa lapselle tulevat elatusavut siltä ajalta, jolloin lapsi saa tässä pykälässä tarkoitettuja perhehoitoa tai laitoshuoltoa taikka asumispalveluja sekä käyttää ne perhehoidosta, laitoshuollosta tai asumispalveluista aiheutuvien kustannusten korvaamiseksi. Maksu voi olla enintään 1 070 euroa kuukaudessa.

Lastensuojelulaissa tarkoitetuista perhehoidosta tai laitoshuollosta taikka asumispalveluista aiheutuneiden kustannusten korvaamiseksi voidaan periä X §:n 4 kohdasta poiketen kohtuulliseksi katsottava maksu myös muista lapsen tai nuoren XX §:n mukaisista tuloista, korvauksista tai saamisista.

35 §. Työterveyshuollon maksut. Terveyskeskuksen tuottamista kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 7 kohdassa ja 14 a §:n 1 momentin 2 kohdassa tarkoitetuista työterveyshuoltopalveluista ja kansanterveyslain 15 §:n 4 momentissa tarkoitetuista sairaanhoito- ja muista terveydenhuoltopalveluista työnantaja on velvollinen suorittamaan maksut tai korvaukset, joiden suuruuden terveyskeskusta ylläpitävä kunta tai kuntayhtymä päättää.

36 §. Perhehoito. Sosiaalihuoltolain (710/1982) 25 §:ssä tarkoitettusta perhehoidosta, lukuun ottamatta lastensuojelulain (683/1983) perusteella järjestettyä perhehoitoa, voidaan periä enintään 24 §:ssä säädetyn suuruinen maksu.

37 §. Maksu lääkärintodistuksesta. Lääkärin ja hammaslääkärin todistuksesta ja lausunnosta voidaan periä todistuksen ja lausunnon laadusta riippuen enintään XX euroa. Maksua ei saa periä koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon yhteydessä kerättyihin tietoihin perustuvasta terveystodistuksesta (*nuorison terveystodistus*), eikä todistuksesta tai lausunnosta, joka tarvitaan hoidon järjestämisessä toisessa hoitopaikassa tai sellaisen lyhytaikaisen sairausloman tarpeen osoittamiseksi, jonka pituus on enintään sairausvakuutuslain 8 luvun 7 §:n mukaisen omavastuuajan pituinen.

Sen estämättä mitä 1 momentissa säädetään lääkärintodistuksesta tai lausunnosta voidaan periä todistuksen laatimisen aiheuttamia kustannuksia vastaava maksu, jos asiakas pyytää lausunnon tai todistuksen muutoin kuin lakiin perustuen terveydentilan osoittamiseksi tai etuuden hakemiseksi.

38 §. Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavaa sairaanhoitoa koskeva maksu. Jos palvelun käyttäjällä on oikeus korvaukseen hoidosta tapaturmavakuutuslain, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain, sotilastapaturmalain (1211/1990), valtion virkamiesten tapaturmakorvauksesta annetun lain (449/1990), liikennevakuutuslain, tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetun lain (625/1991), liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetun lain (626/1991) tai ammattitautilain (1343/1988) nojalla taikka muun lain perusteella, jossa säädetty korvaus määräytyy tapaturmavakuutuslain säännösten mukaan, hoitopalvelun järjestämisestä vastaavalla kunnalla tai kuntayhtymällä on oikeus saada mainittujen lakien perusteella korvausvelvolliselta vakuutuslaitokselta tai Valtiokonttorilta mainituissa laeissa säädetyn edellytyksin maksu, joka vastaa enintään hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten määrää vähennettynä palvelun käyttäjältä perityllä asiakasmaksulla.

Hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla tarkoitetaan 1 momentissa maksua, jonka kuntayhtymän ulkopuolinen kunta erikoissairaanhoidolain 42 ja 43 §:n nojalla maksaisi kuntayhtymälle asukkaansa hoitokustannuksista, jos hoito tulisi kunnan maksettavaksi. Jos palvelun käyttäjä saa hoitoa kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämässä terveyskeskuksessa, sairaalassa tai muussa terveydenhuollon toimintayksikössä, tarkoitetaan palvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla maksua, joka kansanterveyslain 22 §:n 2 momentin nojalla perittäisiin toisesta kunnasta olevan potilaan kotikunnalta.

Sairaanhoitopalvelun antanut julkisen terveydenhuollon toimintayksikkö tai sairaanhoitopalvelun järjestämisestä vastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä ei ole asianosainen asiassa, joka koskee hoitopalvelun käyttäjän oikeutta korvaukseen vammasta tai sairaudesta 1 momentissa tarkoitettujen lakien perusteella.

39 §. Erityispoliklinikkatoiminnan maksu. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloissa voidaan järjestää arkisin kello 16.00 jälkeen sekä lauantaisin ja sunnuntaisin erityispoliklinikkatoimintaa, jonka yhteydessä tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta perittäviin maksuihin ei sovelleta 3 §:n 2 momentin eikä 12 – 14 ja XX §:n säännöksiä.

Erityispoliklinikkatoiminnan palvelujen käytön tulee perustua siihen, että palvelun käyttäjä on itse vapaaehtoisesti hakeutunut tutkittavaksi tai hoidettavaksi poliklinikalle ja että potilas on tietoinen erityispoliklinikan maksukäytännöstä. Potilaalla tulee halutessaan olla mahdollisuus päästä erikoissairaanhoidolain perusteella sairaanhoitopiirin järjestämisvastuulla olevaan hoitoon siten, että maksu määräytyy tämän pykälän sijasta muiden tämän lain ja sen nojalla annettujen säännösten mukaisesti.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä erityispoliklinikkatoiminnan järjestämisestä ja sisällöstä.

40 §. Käyttämättä ja peruuttamatta jätetystä palvelusta perittävä maksu. Käyttämättä ja peruuttamatta jätetystä, asiakkaan varaamasta vastaanottoajasta voidaan periä 15 vuotta täyttäneeltä enintään xx euroa. Maksua ei saa kuitenkaan periä silloin, kun varatun ajan peruuttamatta jäämiseen on hyväksyttävä syy.

Jos lapsen vanhemmat eivät ota vastaan lapselle haettua ja myönnettyä päivähoitopaikkaa eikä hoitopaikkaa ole peruutettu ennen kunnan päätöksen mukaisen hoitosuhteen alkamista, lapsen vanhemmilta voidaan periä puolet edellä 27 §:n mukaan määräytyvästä kokopäivähoidon kuukausimaksusta.

41 §. Maksun periminen poissaolon ajalta. Edellä 7 §:ssä tarkoitettu kuukausimaksu peritään myös palvelun saajasta johtuvan kotona annettavan palvelun tilapäisen keskeytyksen ajalta sekä 24 §:ssä säädetty pitkäaikaisen laitospäivä-

hoidon maksu, edellä 4 luvussa säädetty päivähoiton maksu sekä 36 §:ssä tarkoitettu kuukausimaksu myös lapsen ja laitoshoidossa olevan tilapäisen poissaolon ajalta.

Kotona annettavan palvelun, laitoshoidon tai perhehoidon keskeytyessä yli viideksi päiväksi, ei kuukausimaksua peritä viisi päivää ylittävältä ajalta. Jos kotona annettava palvelu keskeytyy lyhyemmäksikin ajaksi kunnasta johtuvasta syystä tai palvelun saajan ollessa kunnallisessa laitoshoidossa, ei kuukausimaksua peritä myöskään mainitun viiden päivän ajalta. Kotona annettavan palvelun, laitoshoidon tai perhehoidon keskeytyksen jatkuessa koko kuukauden, maksua ei peritä lainkaan.

Jos lapsi on sairautensa vuoksi poissa päivähoidosta yli kymmenen päivää kalenterikuukauden aikana ja osa-aikaisessa päivähoidossa yli puolet sovitusta kuukaussittaisesta hoitoajasta, maksuna peritään puolet tässä laissa säädetystä päivähoiton kuukausimaksusta. Sairaudesta johtuvan poissaolon kestäessä koko kalenterikuukauden, maksua ei peritä lainkaan. Jos lapsi on muusta syystä poissa päivähoidosta koko kalenterikuukauden, maksuna peritään puolet kuukausimaksusta.

Kun lasten päivähoidosta peritään maksu 1 momentissa tarkoitetun tilapäisen poissaolon ajalta, ei tilapäisen poissaolon johdosta järjestetyistä muista sosiaalipalveluista peritä maksua.

Lyhytaikaisesta laitoshoidosta ei saa periä 12 §:ssä tarkoitettua maksua niiltä täysiltä vuorokausilta, jolloin palvelujen käyttäjä on hoitojakson aikana poissa laitoksesta.

42 §. *Muulta kuin Suomessa asuvalta perittävä maksu.* Henkilöltä, jolla ei ole kotikuntalain 2 §:n tarkoittamaa kotikuntaa Suomessa, voidaan periä enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen maksu, jollei Suomea sitovasta kansainvälisestä sopimuksesta muuta johdu.

6 Luku Sosiaali- ja terveydenhuollon maksukatto

43 §. *Maksukatto.* Kohtuuttoman korkeaksi nousevan maksurasituksen estämiseksi on asiakasmaksuista palvelujen käyttäjälle kalenterivuoden aikana aiheutuvilla kustannuksilla xx euron enimmäismäärä (*maksukatto*). Maksukaton ylittymisen jälkeen ovat maksukattoon sisältyvät palvelut maksuttomia asianomaisen kalenterivuoden loppuun.

Sen estämättä mitä 1 momentissa säädetään palvelun käyttäjältä voidaan kuitenkin maksukaton ylittymisen jälkeen lyhytaikaisesta laitoshoidosta saa periä enintään 12 euroa hoitopäivältä.

44 §. Maksukaton kertymisen laskenta. Palvelun käyttäjältä perittyjen maksujen yhteismäärää laskettaessa otetaan huomioon kalenterivuoden aikana perityt maksut terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärinpalvelusta, yksilökohtaisesta fysioterapiasta, poliklinikkakäynnistä, päiväkirurgisesta hoidosta, sarjahoidosta, yö- ja päivähoidosta, kuntoutushoidosta sekä lyhytaikaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta.

Maksukaton kertymistä laskettaessa ei oteta huomioon:

1) maksuja, jotka korvataan tapaturmavakuutuslain (608/1948), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/1981), sotilasvammalain (404/1948), liikennevakuutuslain (279/1959), potilasvahinkolain (585/1986) tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaan korvattavasta hoidosta;

2) maksuja, joiden suorittamiseen palvelun käyttäjälle on myönnetty toimeentulotukea;

3) muualla kuin Suomessa asuvalta perittyjä maksuja.

Edellä 2 momentin 1 ja 3 kohdassa tarkoitetuista palveluista voidaan periä tässä laissa säädetty maksu vaikka palvelun käyttäjän suorittamien maksujen määrä ylittää maksukatolle säädetyn rajan.

45 §. Maksujen seuranta. Palvelun käyttäjän tulee osoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 6 a §:ssä tarkoitetun maksukaton ylittyminen. Maksujen seuraamiseksi palvelun käyttäjälle tulee antaa seurantakortti. Maksukaton ylittymisen jälkeen tulee palvelun käyttäjälle antaa todistus siitä. Todistuksen voi antaa sellainen kunnan tai kuntayhtymän toimintayksikkö, jossa annetaan maksukaton piirissä olevia palveluja. Todistuksen saamiseksi palvelun käyttäjän on tarvittaessa esitettävä alkuperäiset tositteet hänen itsensä tai hänen huollettavinaan olevien alaikäisten lasten saamista palveluista suoritetuista maksuista.

Terveyskeskus voi pitää rekisteriä palvelun käyttäjän suorittamista asiakasmaksuista maksukaton saavuttamisen seuraamiseksi. Rekisteriin saa merkitä vain palvelun käyttäjän tunnistetiedot, hoitopaikat sekä määrättyt ja suoritettut maksut.

46 §. Maksukattoa koskevien tietojen kerääminen ja luovuttaminen. Palvelun käyttäjän kotikunnan terveyskeskus voi kerätä maksukaton toteuttamiseksi tietoja suoritetuista asiakasmaksuista. Maksuja koskevien tietojen luovuttaminen muista terveydenhuollon toimintayksiköistä terveyskeskukselle edellyttää palvelun käyttäjän suostumusta.

47 §. Liikaa perittyjen maksujen palauttaminen. Jos palvelun käyttäjä on kalenterivuoden aikana suorittanut maksukattoon sisältyvistä palveluista maksuja

enemmän kuin xx euroa, hänellä on oikeus saada liikaa suoritettut maksut takaisin. Mikäli vaatimusta liikaa suoritettujen maksujen palauttamisesta ei ole tehty xx euron rajan ylittymistä seuraavan kalenterivuoden aikana, menettää palvelun käyttäjä oikeutensa palautukseen. Jos maksun sisältyminen maksukattoon selviää viranomaisen tai vakuutusyhtiön päätöksen taikka muutoksenhaun vuoksi vasta maksukaton seurantavuoden jälkeen, tulee vaatimus liikaa suoritettujen maksujen palauttamisesta tehdä vuoden kuluessa siitä, kun päätös on annettu tai muutoksenhaun johdosta annettu päätös on tullut lainvoimaiseksi.

7 Luku Maksukyvyn mukaan määräytyvän maksun perusteet

48 §. *Maksukykyä määriteltäessä huomioon otettavat tekijät.* Maksukykyä arvioitaessa ja maksun suuruutta määrittäessä voidaan, sen estämättä mitä muussa laissa säädetään, ottaa huomioon henkilön eläminen yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa, alaikäisten lasten eläminen samassa taloudessa, henkilön tosiasiallisista perhesuhteista johtuvat muut maksukykyyn vaikuttavat seikat sekä lapsen elatuksesta annetussa laissa tarkoitettu elatusvelvollisuus siten kuin niistä tässä laissa tai sen nojalla annetussa asetuksessa tarkemmin säädetään.

Maksukyvyn mukaan määräytyvän maksun suuruutta määrittäessä otetaan huomioon palvelua käyttäneiden henkilöiden tulot siten kuin tässä laissa tai sen nojalla annetussa asetuksessa tarkemmin säädetään.

49 §. *Kotona annettavista palveluista perittävän maksun ja päivähoitomaksun määrittämisen perusteena olevat tulot.* Kotona annettavien palvelujen maksua määrittäessä otetaan perheen tuloina huomioon palvelun käyttäjän sekä hänen kanssaan yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa elävän henkilön veronalaiset ansio- ja pääomatulot sekä verosta vapaat tulot. Lasten päivähoiton maksua määrittäessä perheen tuloina otetaan huomioon palvelua käyttävän lapsen sekä hänen kanssaan yhteistaloudessa elävän vanhemman tai muun huoltajan edellä mainitut tulot. Jos kuukausittaiset tulot vaihtelevat, otetaan kuukausitulona huomioon viimeksi kuluneen vuoden keskimääräinen kuukausitulo. Veronalaisena tulona voidaan ottaa huomioon myös viimeksi toimitetussa verotuksessa vahvistetut vastaavat veronalaiset tulot korotettuna niillä prosenttimäärillä, jotka verohallitus vuosittain antamissaan päätöksissä ennakkoperinnän laskemisperusteista määrää.

Metsätulona otetaan huomioon varallisuusverotusta varten määritelty metsän puhdas tuotto, josta vähennetään metsätalouden korot ja 10 prosenttia puhtaan tuoton arvosta. Metsätuloa on alennettava palvelun käyttäjän vaatimuksesta, mikäli tilakohtaisen vuotuisen hakkuumahdollisuuden nettoraha-arvo on metsänhoitoyhdistyksen tai metsälautakunnan antaman lausunnon perusteella

vähintään 10 prosenttia alempi kuin metsätulo. Alennus on metsätulon ja hakkuumahdollisuuden nettoraha-arvon erotuksen suuruinen.

Maksua määrättäessä tulona ei oteta huomioon lapsilisää, lapsen hoitotukea, kansaneläkelain (347/1956) mukaista lapsikorotusta, asumistukea, vammaistukea, tapaturmavakuutuksen perusteella suoritettavia sairaanhoito- ja tutkimuskuluja, sotilasavustusta, rintamalisää, opintorahaa, aikuisopintorahaa, opintotuen asumislisää, toimeentulotukena maksettavaa toimintarahaa ja matkakorvausta, kuntoutusrahalain (611/1991) mukaista ylläpitokorvausta, työvoimapolitiittisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain (763/1990) mukaista ylläpitokorvausta, opintojen johdosta suoritettavia apurahoja ja muita vastaavia avustuksia, perhehoidon kustannusten korvauksia eikä lasten kotihoidon tukea. Päivähoitomaksua määrättäessä ei oteta huomioon eläkkeensaajan hoitotukea.

Päivähoitomaksu määrätään hoidossaoloajankohdan tilannetta vastaavaksi joko todettavissa olevien tai arvioitujen tulojen perusteella.

50 §. *Pitkäaikainen laitoshoidon maksun määräytymisperusteet.* Ennen pitkäaikaisen laitoshoidon maksun määräämistä maksun määräämisestä päättävän viranomaisen tulee selvittää, onko palvelun käyttäjä ennen laitoshoidon alkamista elänyt yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliiton omaisissa olosuhteissa tai onko hänellä alaikäisiä lapsia, joiden elatus on ollut kokonaan tai osittain riippuvainen palvelun käyttäjän tuloista. Selvityksessä tulee myös ottaa huomioon, mitä lapsen elatuksesta annetun lain (704/1975) 3 §:n 2 momentissa säädetään vanhempien vastuusta 18 vuotta täyttäneen lapsen koulutuksesta aiheutuvista kustannuksista. Selvityksen perusteella maksu tulee määrätä 24 §:n 2 momentin ja 52 §:n säännös huomioon ottaen siten, että hoidettavan kanssa yhteistaloudessa eläneen henkilön ja alaikäisten lasten elatus sekä 18 vuotta täyttäneen oikeus saada vanhemmiltaan avustusta koulutuskustannuksiinsa tulevat asianmukaisesti turvatuiksi.

51 §. *Pitkäaikaisen laitoshoidon maksun määräämisen perusteena olevat tulot.* Edellä 24 §:n 1 momentissa tarkoitettuina kuukausituloina otetaan huomioon pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan tulot ennakonpidätyksen ja ennakonkannon jälkeen sekä verosta vapaat tulot siten kuin tässä pykälässä säädetään. Kun maksu määräytyy 24 §:n 2 momentin mukaisesti yhteenlaskettujen kuukausitulojen perusteella, kuukausitulona otetaan lisäksi vastaavasti huomioon sellaisen henkilön tulot, joka on välittömästi ennen laitoshoidon alkamista elänyt yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan kanssa. Jos kuukausittaiset tulot vaihtelevat, kuukausitulona otetaan huomioon viimeksi kuluneen vuoden keskimääräinen kuukausitulo.

Palkkatulojen lisäksi otetaan huomioon eläkkeet ja niihin rinnastettavat jatkuvat etuudet, elinkorot ja kiinteistön luovutuksen yhteydessä määrääjäksi tai

elinkaudeksi pidätetty rahana suoritettava etuus (*syytinki*) sekä muut jatkuvat henkilökohtaiset tulot samoin kuin pääomasta ja muusta omaisuudesta saatavat nettotulot kuten korko-, osinko- ja vuokratulot.

Tuloina otetaan huomioon myös viimeksi toimitetussa verotuksessa vahvistetut maatalouden ja elinkeinotoiminnan pääoma- ja ansiotulo-osuudet sekä verovelvollisen osuus yhtymän tulosta. Mainittuja tuloja voidaan tarkistaa viimeksi toimitetun verotuksen osoittamasta tulosta niillä prosenttimäärillä, jotka verohallitus vuosittain antamassaan päätöksessä ennakon kannon perusteeksi pantavasta tulosta määrää. Siitä poiketen mitä edellä tässä pykälässä säädetään, metsätulo otetaan huomioon 49 §:n 2 momentissa säädetyllä tavalla.

Tuloina ei oteta huomioon:

- 1) 49 §:n 3 momentissa mainittuja tuloja;
- 2) elatusapua tai elatustukea, jota maksetaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan tai 24 §:n 2 momentissa tarkoitetun puolison alaikäiselle lapselle; eikä
- 3) eläkkeisiin ja niihin verrattaviin tuloihin sisältyviä huollettavista aiheutuvia korotuksia.

52 §. Tuloista tehtävät vähennykset maksua määrättäessä. Ennen kuin maksukyvyyn mukaan määräytyvä maksu määrätään, palvelun käyttäjän maksun perusteena olevista tuloista vähennetään:

- 1) suoritettut elatusavut;
- 2) tosiasiallisista perhesuhteista johtuvat muut vastaavat kustannukset; sekä
- 3) kiinteistön luovutuksen yhteydessä määrääjäksi tai elinkaudeksi pidätetty rahana suoritettava etuus (*syytinki*).

Edellä 1 momentin 1 kohdan mukaista vähennystä ei kuitenkaan tehdä pitkäaikaisen laitoshoidon maksua määrättäessä, jos elatusavun saajana on aviopuoliso, jonka kanssa elatusavun suorittaja on elänyt yhteistaloudessa välittömästi ennen laitoshoidon alkamista.

53 §. Maksun määrääminen. Maksukyvyyn mukaan määräytyvät maksut määrätään toistaiseksi. Maksu on kuitenkin tarkistettava silloin, kun

- 1) palvelun käyttäjän tai perheen maksukyky on olennaisesti muuttunut;
- 2) kun on ilmeistä, että maksua määrättäessä huomioon otettavat perheen olosuhteet ovat muuttuneet;

3) maksu osoittautuu virheelliseksi; tai

4) 7 §:n 4 momentissa tarkoitettua palvelu- ja hoitosuunnitelmaa muutetaan.

Jos maksun määramistä koskeva päätös on ilmeisesti perustunut asiakkaan tai hänen edustajansa antamiin virheellisiin tietoihin, maksu voidaan oikaista takautuvasti enintään vuoden ajalta.

8 Luku Toimeenpanoa ja muutoksenhakua säännökset

54 §. *Terveystenhuollon toimintayksikön ilmoitusvelvollisuus.* Kansanterveyslain tai erikoissairaanhoidon perusteella sairaanhoitoa julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on viipymättä, kuitenkin viimeistään kymmenen arkipäivän kuluessa hoidon alkamisesta, ilmoitettava salassapitosäännösten ja muiden tiedonsaantia koskevien säännösten estämättä 38 §:n 1 momentissa tarkoitettulle vakuutuslaitokselle tai Valtiokonttorille sellaisen hoidon aloittamisesta, joka todennäköisesti johtuu niiden korvausvelvollisuuden piiriin kuuluvasta vammasta tai sairaudesta. Ilmoitusvelvollisuus ei koske tapaturmavakuutuslain 15 §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä ja liikennevakuutuslain 6 a §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä tarkoitettua hoitoa. Ilmoitukseen on sisällytettävä terveydenhuollon toimintayksikön hallussa olevat tiedot vamman tai sairauden laadusta ja tapaturmasta, ammattitaidista tai liikennevahingosta sekä vahingoittuneen henkilötiedot. Tapaturmissa ja ammattitaupeissa ilmoitukseen on sisällytettävä myös tiedot vahingoittuneen työnantajan ja vakuutuslaitoksesta, jossa työnantajan työntekijät on vakuutettu, sekä liikennevahingoissa liikennevahingosta vastuullisesta tai siihen osallisista moottoriajoneuvoista ja näiden liikennevakuutuslaitoksista. Lisäksi ilmoitukseen on merkittävä tiedot hoidon alkamispäivästä ja hoitotoimenpiteistä, hoitosuunnitelmasta ja sen kustannuksista sekä muut maksusitoumuksen antamista varten välttämättömät tiedot. Jos korvausvelvollinen vakuutuslaitos ei ole terveydenhuollon toimintayksikön tiedossa, ilmoitus tehdään työtapaturmissa ja ammattitaupeissa Tapaturmavakuutuslaitosten liitolle ja liikennevahingoissa Liikennevakuutuskeskukselle.

Kansanterveyslain tai erikoissairaanhoidon perusteella sairaanhoitoa julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on pyynnöstä annettava viipymättä vakuutuslaitokselle tapaturmavakuutuslain 15 §:ssä ja liikennevakuutuslain 6 a §:ssä tarkoitettua maksusitoumusta varten tarpeelliset tiedot siitä, milloin potilas otetaan hoitoon, ja hoidosta todennäköisesti aiheutuvista kustannuksista.

55 §. *Tulojen, korvausten tai saamisten periminen kunnalle ja kuntayhtymälle.* Milloin kunta tai kuntayhtymä on järjestänyt henkilölle laitoshoidon tai -huoltoa taikka perhehoitoa, voi kunta ja kuntayhtymä periä ja nostaa asianomaiselle henkilölle tulevat eläkkeet, elinkorot, elatusavut, avustukset tai muut jatkuvat taikka kertakaikkiset tulot, korvaukset tai saamiset siltä ajalta, jonka

laitoshoito tai perhehoito kestää. Kunta ja kuntayhtymä voi periä ja nostaa mainitut tulot, korvaukset ja saatavat sen estämättä, mitä muussa laissa säädetään sekä käyttää niitä hoidosta, ylläpidosta tai huollosta määrätyn maksun korvaamiseen ottaen kuitenkin huomioon, mitä sellaisten varojen käyttämisestä muualla lailla tai asetuksella säädetään.

Jos kunta tai kuntayhtymä on ilmoittanut 1 momentissa tarkoitetun tulon, korvauksen tai saamisen suorittajalle vähintään kaksi viikkoa ennen maksupäivää, että tuloa, korvausta tai saamista ei saa suorittaa henkilölle itselleen, voi suoritus tapahtua laillisin vaikutuksin vain kunnalle tai kuntayhtymälle.

56 §. Viranomaisten tiedonsaantioikeus. Valtion ja kunnan viranomainen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, kansaneläkelaitos, eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, rahalaitos, työnantaja, työttömyyskassa sekä huoltotoimintaa tai terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö ovat velvollisia sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisen pyynnöstä antamaan maksutta ja salassapitosäännösten estämättä kaikki hallussaan olevat asiakkaan taloudellista asemaa koskevat asiakasmaksun suuruuden määrittämistä varten tarpeelliset tiedot ja selvitykset, jos maksun määräävä kunta tai kuntayhtymä ei ole saanut asiakkaalta tai hänen lailliselta edustajaltaan riittäviä ja luotettavia tietoja maksun määrittämistä varten.

Mitä 1 momentissa säädetään, sovelletaan myös sellaisen henkilön taloudellista asemaa koskeviin tietoihin ja selvityksiin, joka on elänyt yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan henkilön kanssa, jos laitoshoidosta perittävä maksu määrätään tai on määrätty 24 §:n 2 momentin nojalla puolisojen yhteenlaskettujen tulojen perusteella.

57 §. *Viivästyskorko ja perintäkulut.* Jos palvelusta määrättyä maksua ei ole suoritettu eräpäivänä, saadaan vuotuista viivästyskorkoa periä eräpäivästä lukien enintään korkolain 4 §:n 3 momentissa tarkoitetun korkokannan mukaan.

Viivästyskoron maksamisen perusteena oleva eräpäivä voi olla aikaisintaan kahden viikon kuluttua maksun määräytymisen perusteena olevan palvelun saamisesta.

Kunta voi periä palvelun käyttäjältä maksamattomien ja erääntyneiden maksujen perinnästä kunnalle aiheutuneet kohtuulliset kustannukset silloin, kun kunta itse hoitaa maksujen perinnän. Muutoin maksu määräytyy saatavien perinnästä annetun lain (513/1999) 10 §:n perusteella.

58 §. *Maksujen ulosotto.* Tämän lain perusteella määrätty maksut sekä 60 §:n nojalla perittävä viivästyskorko saadaan ulosottaa ilman tuomiota tai päätöstä

siinä järjestyksessä kuin verojen ja maksujen perimisestä ulosottotoimin säädetään.

59 §. Muutoksenhaku. Maksua koskevaan viranhaltijan päätökseen ei saa valittamalla hakea muutosta.

Jos maksuvelvollinen on tyytymätön 1 momentissa tarkoitettuun päätökseen, hänellä on oikeus saattaa sosiaalipalvelusta perittävää maksua koskeva päätös sosiaalihuoltolain 6 §:ssä tarkoitetun toimielimen ja terveystieteiden keskuksen järjestämästä palvelusta perittävää maksua koskeva päätös kansanterveystieteiden keskuksen tarkoitetun toimielimen käsiteltäväksi sekä sairaanhoitopiirin järjestämästä erikoissairaanhoidosta ja erityishuoltopiirin järjestämästä kehitysvammaisten erityishuollosta perittävää maksua koskeva päätös sen toimielimen päätettäväksi, jonka alainen päätöksen tehnyt viranhaltija on. Vaatimus päätöksen oikaisemisesta on tehtävä kirjallisesti 14 päivän kuluessa siitä, kun maksuvelvollinen on saanut päätöksestä tiedon.

Oikaisuvaatimuksen johdosta annetusta päätöksestä saa valittaa hallinto-oikeuteen siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään. Hallinto-oikeuden päätökseen saa kuitenkin hakea muutosta korkeimmalta hallinto-oikeudelta vain, jos korkein hallinto-oikeus myöntää valitusluvan.

Valituslupa voidaan myöntää, jos:

- 1) lain soveltamisen kannalta muissa samankaltaisissa tapauksissa tai oikeuskäytännön yhtenäisyyden vuoksi on tärkeää saattaa asia korkeimman hallinto-oikeuden ratkaistavaksi,
- 2) asian saattamiseen korkeimman hallinto-oikeuden ratkaistavaksi on erityistä aihetta asiassa tapahtuneen ilmeisen virheen vuoksi; tai
- 3) valitusluvan myöntämiseen on muu painava syy.

Myös 1 momentissa tarkoitettulla toimielimellä on oikeus hakea muutosta hallinto-oikeuden muutoksenhaun johdosta tekemään päätökseen, jos hallinto-oikeus on ratkaissut muutoksenhaun kohteena olevan asian.

9 Luku Erinäiset säännökset

60 §. Indeksoidonaisuus. Tässä laissa säädettyjen maksujen ja maksujen perusteena olevien tulorajojen, vähimmäiskäyttövaran ja maksukaton määrää muutetaan joka toinen vuosi siinä suhteessa kuin tarkistusperusteena käytettävä indeksiluku poikkeaa tarkistusvuotta edeltävälle kalenterivuodelle vahvistetusta indeksiluvusta. Päivähoitomaksujen, maksujen perusteena olevien tulorajojen, vähimmäiskäyttövaran ja maksukaton muutos toteutetaan siten, että päivähoitomaksujen, maksujen perusteena olevat tulorajojen, vähimmäiskäyt-

tövaran ja maksukaton määrä pyöritetään lähimpään euroon ja muiden maksujen määrä pyöritetään lähimpään kymmeneen senttiin.

Kotona annettavien palvelujen maksujen perusteena olevia 7 §:ssä säädettyjen tulo-rajojen määrä ja pitkäaikaista laitoshoidon saavan henkilön henkilökohtaiseen käyttöön jäävän vähimmäiskäyttövaran määrä on sidottu työeläkeindeksiin, lasten päivähoito- ja maksujen perusteena olevien tulo-rajojen määrä on sidottu ansiotasoindeksiin, sosiaali- ja terveydenhuollon maksukaton määrä on sidottu kansaneläkeindeksiin ja muiden kuin edellä mainittujen maksujen määrä on sidottu kuntien valtionosuuslain 7 §:ssä tarkoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluindeksiin.

61 §. Asetuksenantovaltuus.

62 § Voimaantulo. Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä kuuta 200 . Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

63 §. Siirtymäsäännökset.

ainakin:

* erikoismaksuluokka

64 §. Kumottavat säännökset. Tällä lailla kumotaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3 päivänä elokuuta 1992 annettu laki (734/1992) ja sen siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen sekä sen perusteella annettu asetus.

LIITE 2. Kunnallisten päivähoitomaksujen perhekäsitteen muutos ja enimmäismaksujen korotus (Antti Parpo, Stakes)

Lasten päivähoitomaksujen uudistamista käsittelevän alajaoston sosiaali- ja terveydenhuollon maksutoimikunnalle 18.3.2005 luovuttamaan raporttiin liittyen selvitetään tässä muistiossa päivähoitomaksujen perhekäsitteen muutosta sekä päivähoitomaksujen enimmäismaksujen korotusta. Alajaoston työryhmän taustalla oli tarve selkeyttää päivähoitomaksujen lainsäädäntöä.

Nykyjärjestelmä

Nykyisin päivähoidon kunnalliset päivähoitomaksut lasketaan perheen yhteensasketuista bruttotuloista. Jos tulot ovat pienemmät kuin vähimmäisbruttotuloraja, maksua ei peritä. Päivähoitomaksun määräytymisen perusteena olevassa perhekoossa otetaan huomioon vanhempien lisäksi enintään kaksi päivähoidosta annetun lain mukaisen valintaoikeuden piiriin kuuluvaa lasta - käytännössä yleensä enintään kaksi alle kouluikäistä lasta. Mikäli perheessä on muita kuin päivähoidosta annetun lain valintaoikeuden piiriin kuuluvia lapsia, tehdään perheen tuloista jokaisesta tällaisesta lapsesta 89 euron lapsivähennys. Päivähoitomaksujen määräytymisessä sovelletaan nykyisin alla esitettyä perhemääritelmiä, tulorajoja sekä maksuprosentteja.

Perheen koko henkilöä	Tuloraja euroa kuukaudessa	Korkein maksuprosentti
1-2	918	11,5
3	1 132	9,4
4	1 344	7,9

Kokopäivähoitomaksun suuruus saadaan, kun perheen bruttotuloista vähennetään perheen koon mukaan määräytyvä vähimmäisbruttotuloraja ja jäljelle jääneet tulot kerrotaan perheen koon mukaan määräytyvällä maksuprosentilla. Ensimmäisestä päivähoitoon osallistuvasta lapsesta päivähoitomaksu voi olla korkeintaan 200 euroa kuukaudessa ja toisesta lapsesta korkeintaan 180 euroa kuukaudessa. Muista lapsista päivähoitomaksu on 20 prosenttia ensimmäisen lapsen päivähoidon maksusta. Jos maksu on yhdestä lapsesta vähemmän kuin 18 euroa kuukaudessa, maksua ei peritä.

Päivähoitomaksujen uudistamista käsittelevän alajaoston esitys

Päivähoitomaksujen uudistamista käsittelevän alajaoston esityksen mukaan päivähoitomaksujen perusteena oleva perhekäsike uudistetaan vastaamaan paremmin perheiden todellista tilannetta. Lisäksi päivähoitomaksujen rakenteen säilyttämiseksi esitetään, että päivähoitomaksujen tulorajoja ja enimmäis-

sekä vähimmäismaksuja korotetaan. Maksujen korotuksessa alajaosto on käyttänyt yhtenä vaihtoehtoisena perusteena ansiotasoindeksiä.

Alajaoston esittämän muutoksen jälkeen perheen koko lasketaan vanhempien ja vanhempien kanssa samassa kotitaloudessa asuvien alaikäisten lasten lukumäärästä. Samalla lisätään päivähoitomaksujen perusteena olevien tulojen määrää sekä poistetaan päivähoitomaksujen 89 euron lapsivähennys. Nykyisin käytössä olevaa alinta maksuprosenttia 7,9 käytetään uudistuksen jälkeen niiden perheiden päivähoitomaksujen määräytymisperusteena, joilla perheen koko on vähintään neljä. Alla on esitetty uuden perhekäsitteen mukaiset päivähoitomaksujen maksuprosentit ja tulorajat.

Perheen koko henkilöä	Tuloraja euroa kuukaudessa	Korkein maksuprosentti
2	972	11,5
3	1 198	9,4
4	1 422	7,9
5	1 516	7,9
6	1 610	7,9

Jos henkilöiden lukumäärä kotitaloudessa on enemmän kuin 6, lisätään tulorajaa jokaisesta seuraavasta alle 18-vuotiaasta lapsesta 95 eurolla maksuprosentin muuttumatta. Tulorajojen korotus kompensoi lapsivähennyksen poistoa.

Indeksikorotuksen vaikutuksesta myös pienin maksettava päivähoitomaksu nousee 18 eurosta 20 euroon. Lisäksi indeksikorotuksella korotetaan perhekäsitteen muutoksen jälkeistä ensimmäisestä lapsesta maksettavaa ylintä päivähoidon maksua 207 eurosta 220 euroon. Ikäjärjestyksessä nuorinta lasta seuraavan lapsen kokopäivähoidon maksu nousee enintään 191 euroon.

Esitetty uudistus lisää kunnallisten päivähoitomaksujen maksukertymää arviolta 6 miljoonaa euroa — 239 miljoonasta eurosta 245 miljoonaan euroon. Uudistus nostaa päivähoitomaksujen määrää keski- ja suurituloisissa kotitalouksissa ts. kotitalouksissa, jotka maksavat suurinta päivähoitomaksua. Päivähoitomaksut puolestaan laskevat erityisesti pienituloisissa monilapsisissa kotitalouksissa sekä joissakin tapauksissa yksinhuoltajilla.

Enimmäismaksujen korotus

Seuraavaksi arvioidaan miten päivähoitomaksujen enimmäismaksujen korotukset vaikuttavat päivähoitomaksujen kertymään sekä kotitalouksien maksamiin päivähoitomaksuihin. Työ pohjautuu päivähoitomaksujen uudistamista käsittelevän alajaoston esityksiin — vain enimmäismaksujen määrä muuttuu.

Esityksessä perheen ensimmäisestä ja toisesta lapsesta maksettavia päivähoitomaksujen enimmäismääriä korotetaan 13,6 prosentilla. Korotuksen jälkeen

päivähoitomaksujen enimmäismäärä kuukaudessa nousee ensimmäisestä lapsesta 220 eurosta 250 euroon ja toisesta lapsesta 191 eurosta 217 euroon. Enimmäismaksujen korotuksen lisäksi laskelmassa poistetaan nykyisin käytössä oleva pienimmän päivähoitomaksun 18 euron raja. Tehdyn uudistuksen jälkeen päivähoitomaksujen maksukertymä kasvaa arviolta 27 miljoonaa euroa - 239 miljoonasta eurosta noin 266 miljoonaan euroon.

Jos päivähoitomaksuja korotetaan ensimmäisen lapsen osalta 250 euroon ja toisen lapsen osalta 200 euroon, kasvaa päivähoitomaksujen maksukertymä vuodessa noin 24 miljoonalla eurolla - 239 miljoonasta eurosta 263 miljoonaan euroon.

Mikäli päivähoitomaksujen enimmäismäärää korotetaan vain ensimmäisen lapsen osalta 200 eurosta 250 euroon, kasvaa päivähoitomaksujen maksukertymä arviolta 22 miljoonalla eurolla - 239 miljoonasta eurosta noin 261 miljoonaan euroon.

Päivähoitomaksujen enimmäismaksujen korotus vaikuttaa selvimmin keski- ja suurituloisten kotitalouksien päivähoitomaksuihin. Heillä päivähoitomaksut nousevat huomattavasti. Mikäli perheessä on vain yksi lapsi, nousee päivähoitomaksu nykyjärjestelmään verrattuna enintään 50 eurolla kuukaudessa. Kahden lapsen kotitalouksissa, joissa molemmat lapset ovat kunnallisessa päivähoidossa, korotus on 50 euroa kuukaudessa, mikäli valitaan uudistus, jossa suurinta päivähoitomaksua korotetaan vain ensimmäisen lapsen osalta. Jos myös toisen lapsen enimmäismaksua korotetaan 200 euroon, nousee kahden lapsen perheissä päivähoitomaksujen määrä kuukaudessa enimmillään 70 euroa. Mikäli toisen lapsen päivähoitomaksujen enimmäismäärä asetetaan 217 euroon, nousevat päivähoitomaksut kahden lapsen perheissä suurimmillaan 87 euroa kuukaudessa.

Päivähoitomaksut laskevat erityisesti pienituloisissa monilapsisissa kotitalouksissa sekä joissakin tapauksissa yksinhuoltajilla. Jäljempänä kuvioissa 1-8 uudistuksen vaikutuksia kotitalouksien maksamiin päivähoitomaksuihin on kuvattu tarkemmin.

Enimmäismaksujen korotus ja päivähoitomaksujen tulorajojen sitominen kuluttajahintaindeksiin

Vaihtoehtoisena laskelmana esitetään miten enimmäismaksujen korotus ensimmäisestä lapsesta 250 euroon ja toisesta lapsesta 217 euroon sekä päivähoitomaksujen tulorajojen sitominen kuluttajahintaindeksiin vaikuttaa päivähoitomaksujen maksukertymään. Kuluttajahintaindeksin muutos on huomioitu samalta aikavälillä kuin aikaisemmissa laskelmissa sovellettu ansiotasoindeksin muutos. Vuoden 2002 ensimmäisellä vuosineljänneksellä kuluttajahintaindeksin arvo on 103,5. Vuoden 2004 viimeisen vuosineljänneksen arvo on puolestaan 105,4. Kuluttajahintaindeksi on muuttunut kyseisellä aikavälillä 1,9

prosenttia. Ansiotasoindeksin vastaavan aikavälin suhteellinen muutos on 5,8 prosenttia.

Kuluttajahintaindeksillä määritellyt päivähoitomaksun tulorajat ovat seuraavat:

Perheen koko henkilöä	Tuloraja euroa kuukaudessa	Korkein maksuprosentti
2	935	11,5
3	1 153	9,4
4	1 369	7,9
5	1 460	7,9
6	1 550	7,9

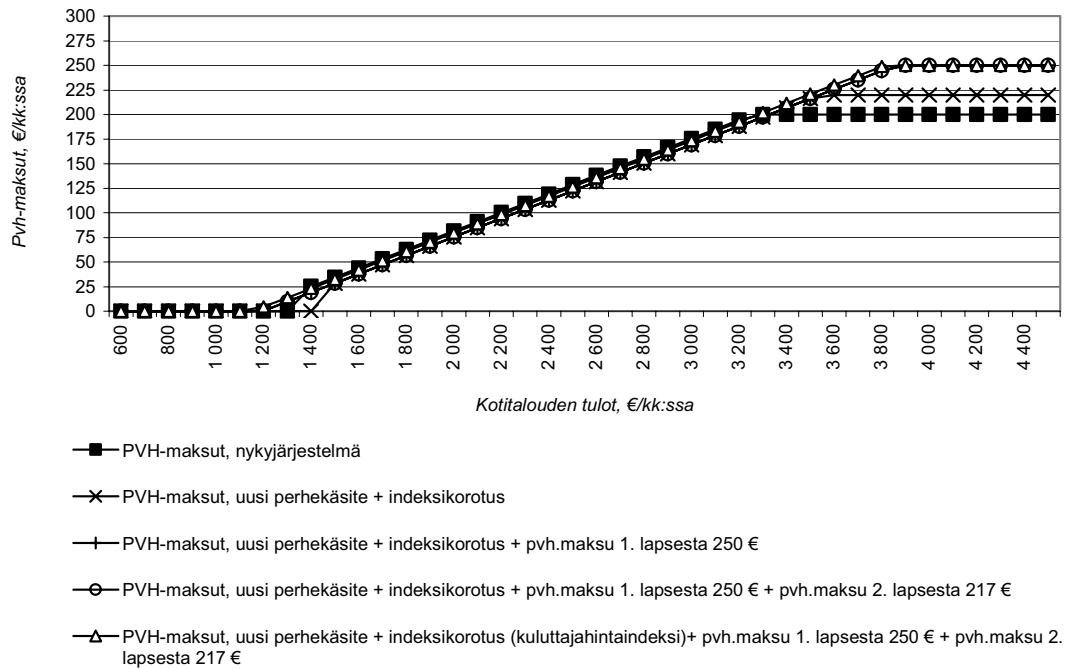
Kun vertailukohtana käytetään päivähoitomaksujen tuottoa, joka perustuu ansiotasoindeksin soveltamiseen päivähoitomaksujen tulorajojen määrittelyssä sekä enimmäismaksujen korottamiseen 250 euroon ensimmäisestä lapsesta ja 217 toisesta lapsesta, nousee päivähoitomaksujen tuotto kuluttajahintaindeksillä noin 3 miljoonaa euroa. Kunnallisten päivähoitomaksujen maksukertymä kuluttajahintaindeksiä soveltamalla on näin ollen noin 269 miljoonaa euroa vuodessa.

Kuluttajahintaindeksin käyttöönotto tulorajojen määrittelyssä lisää jonkin verran pienituloisten päivähoitomaksujen määrää suhteessa maksuihin, joissa tulorajat määritellään ansiotasoindeksillä. Keski- ja suurituloisten maksamiin enimmäispäivähoitomaksujen määrään kuluttajahintaindeksin käyttöönotto tulorajojen määrittelyssä ei vaikuta.

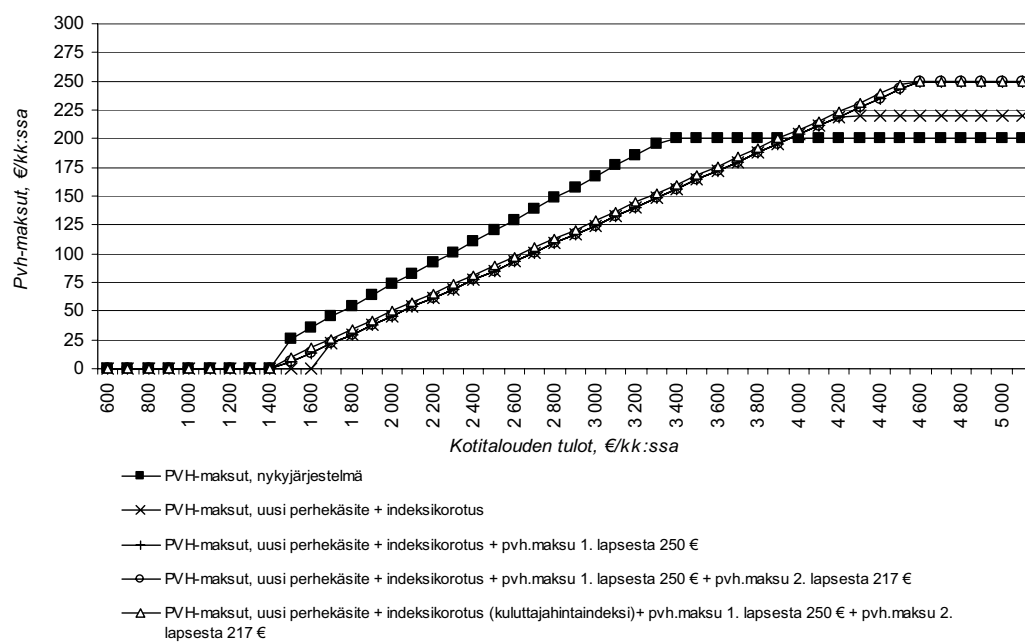
Mikäli kuluttajahintojen nousu jatkuu ansiotulojen nousua hitaampana myös tulevaisuudessa, on pidemmällä aikavälillä oletettavaa, että kuluttajahintaindeksin soveltaminen tulorajojen määrittelyssä tulee tuottamaan kunnille suuremman päivähoitomaksukertymän sekä määrittämään pienituloisille suuremmat päivähoiton maksut kuin tilanteessa, jossa päivähoiton tulorajat noudattavat ansiotasoindeksin kehitystä. Esitetty kehityskulku pitkällä aikavälillä voimistuu.

Maksujärjestelmän muutosesitysten vaikutusten perhekohtaista tarkastelua

Kuvio 1. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Pari + 1 lapsi; 1 lapsi päivähoidossa
*Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.

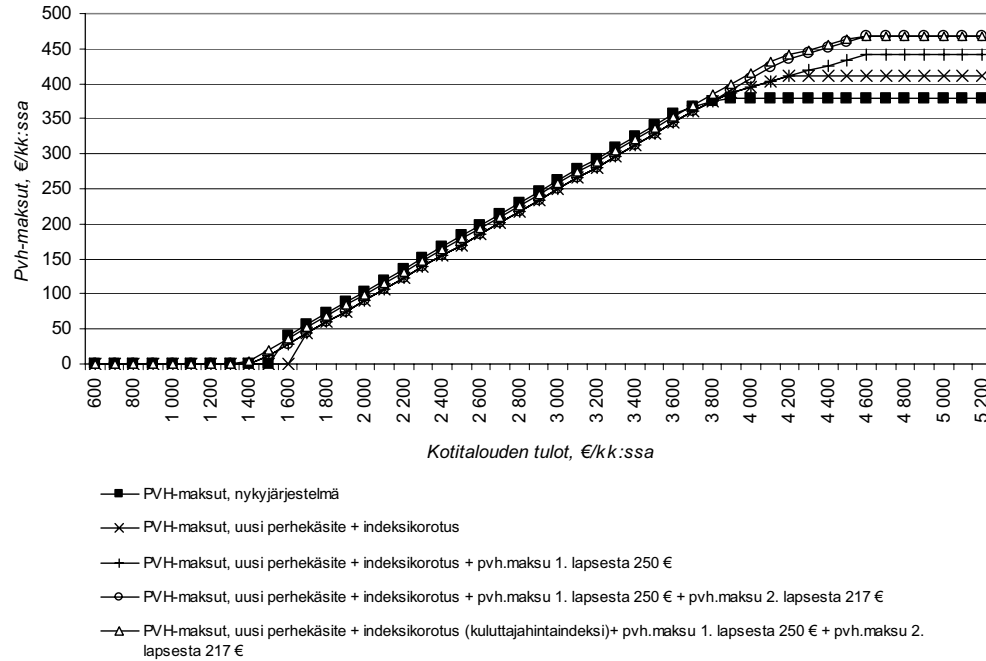


Kuvio 2. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Pari + 2 lasta; 1 lapsi päivähoidossa
*Muut kuin päivähoidossa olevat lapset ovat lapsia, jotka eivät kuulu päivähoidosta annetun lain valintaoikeuden piiriin. *Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.



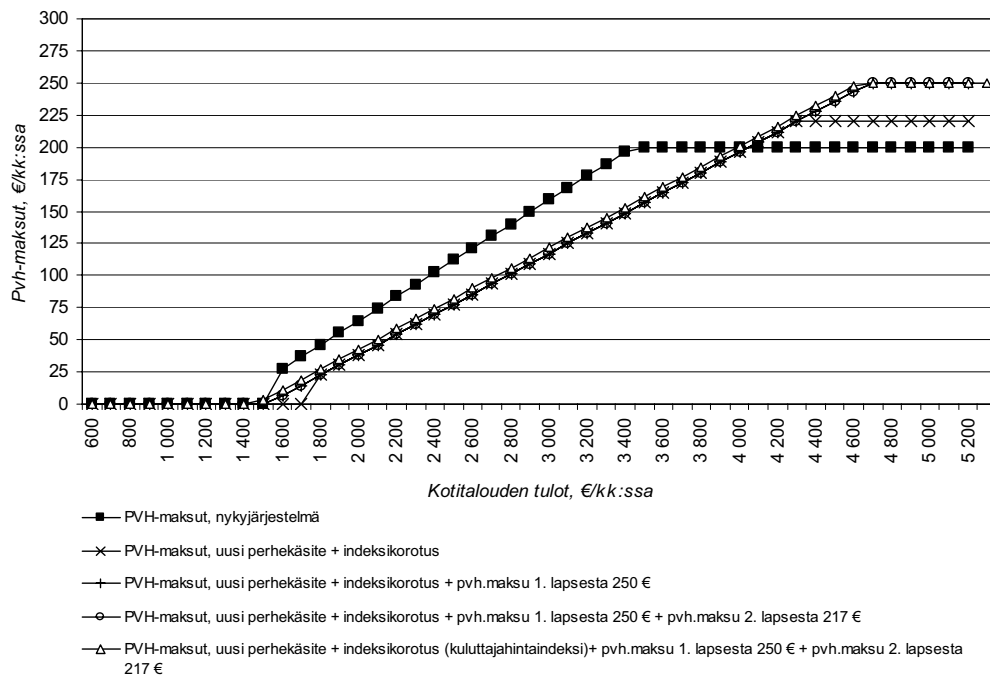
Kuvio 3. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Pari + 2 lasta; 2 lasta päivähoitossa

*Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.



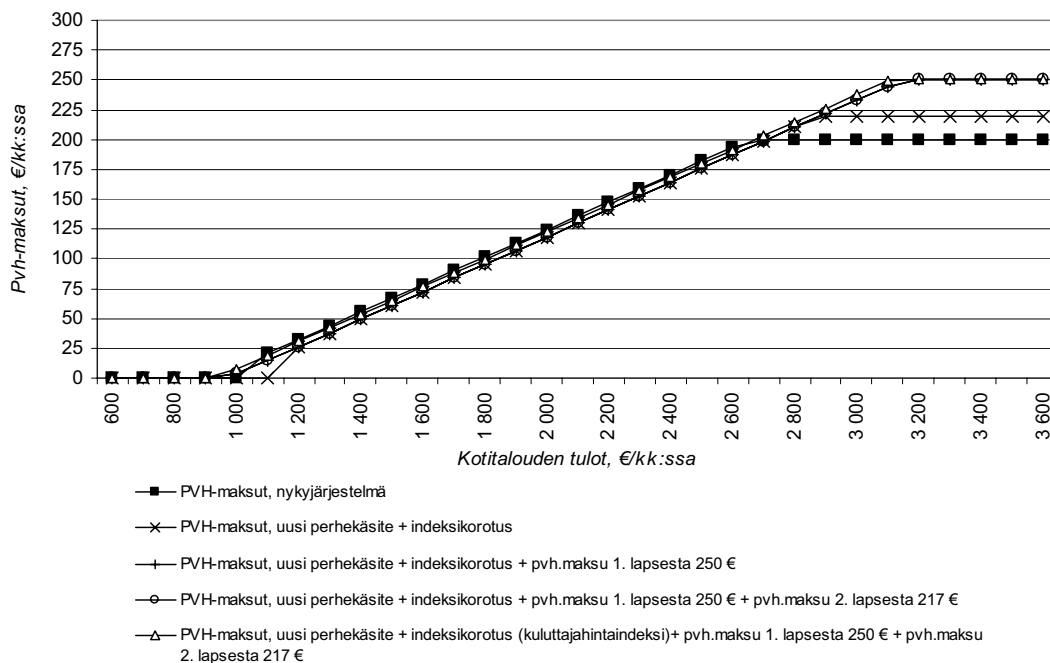
Kuvio 4. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Pari + 3 lasta; 1 lapsi päivähoitossa

*Muut kuin päivähoitossa olevat lapset ovat lapsia, jotka eivät kuulu päivähoitosta annetun lain valintaoikeuden piiriin. *Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.



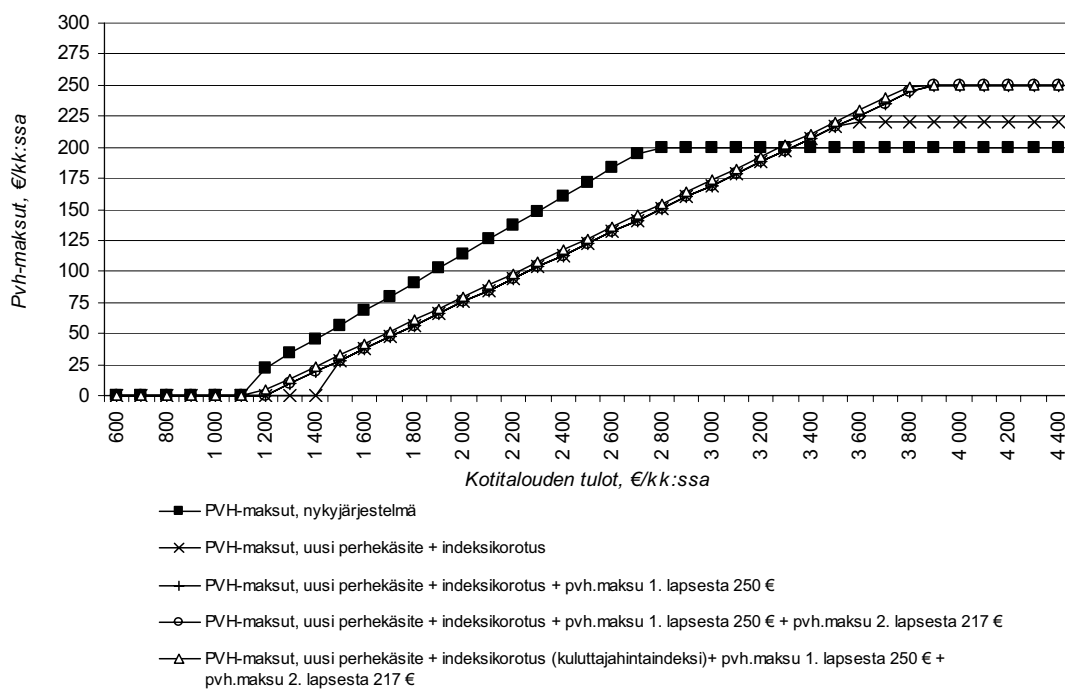
Kuvio 5. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Yksinhuoltaja + 1 lapsi; 1 lapsi päivähoitossa

*Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.



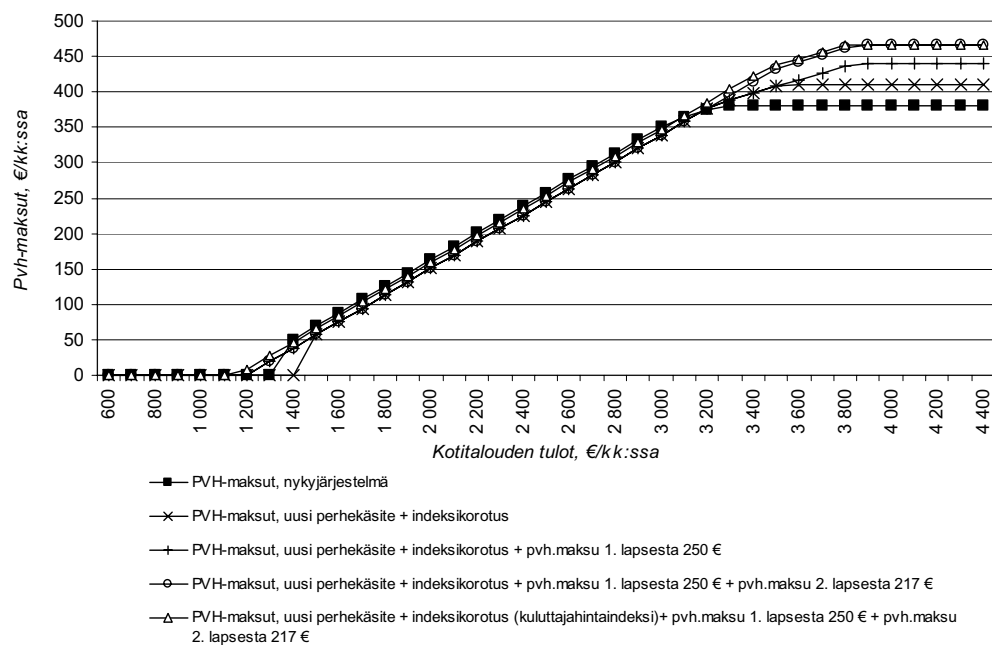
Kuvio 6. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Yksinhuoltaja + 2 lasta; 1 lapsi päivähoitossa

*Muut kuin päivähoitossa olevat lapset ovat lapsia, jotka eivät kuulu päivähoitosta annetun lain valintoikeuden piiriin. *Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.



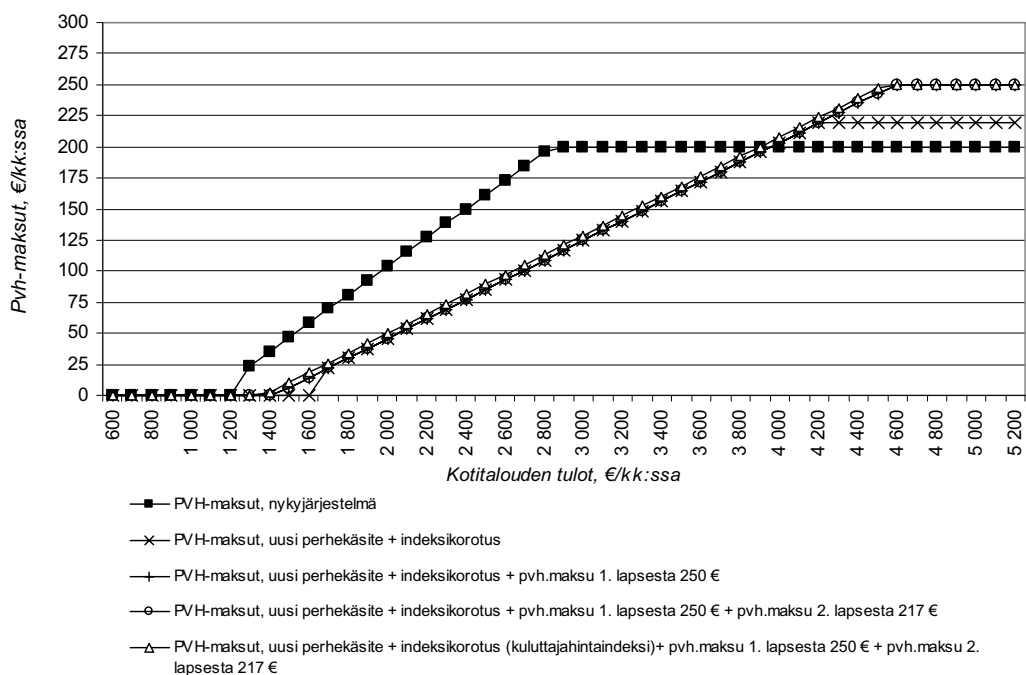
Kuvio 7. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Yksinhuoltaja + 2 lasta; 2 lasta päivä-hoidossa

*Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.



Kuvio 8. Kunnalliset päivähoitomaksut kuukaudessa Kotitalous: Yksinhuoltaja + 3 lasta; 1 lapsi päivä-hoidossa

*Muut kuin päivähoidossa olevat lapset ovat lapsia, jotka eivät kuulu päivähoidosta annetun lain valin-taoikeuden piiriin. *Indeksikorotuksella viitataan ansiotasoindeksiin.



Taulukko 1. Kunnallisten päivähoitomaksujen uudistusten vaikutukset päivähoitomaksujen tasoon suhteessa nykyiseen järjestelmään

	PVH-maksujen taso uudistuksen jälkeen suhteessa nykyiseen järjestelmään			
	Perhekäsittelyn muutos + ansiotasoindeksi		Perhekäsittelyn muutos + ansiotasoindeksi + pvh.maksu 1. lapsesta 250 €	
	Plenituloiset	Keski-/suuri-tuloiset	Plenituloiset	Keski-/suuri-tuloiset
Pari 1 lapsi, 1 lapsi pv-hoidossa	-	+	-	+
Pari 2 lasta, 1 lapsi pv-hoidossa	-	+	-	+
Pari 2 lasta, 2 lasta pv-hoidossa	-	+	-	+
Pari 3 lasta, 1 lapsi pv-hoidossa	-	+	-	+
Pari 3 lasta, 2 lasta pv-hoidossa	-	+	-	+
Pari 4 lasta, 1 lasta pv-hoidossa	-	+	-	+
Yksinh. 1 lapsi, 1 lapsi pv-hoidossa	-	+	-	+
Yksinh. 2 lasta, 1 lapsi pv-hoidossa	-	+	-	+
Yksinh. 2 lasta, 2 lasta pv-hoidossa	-	+	-	+
Yksinh. 3 lasta, 1 lapsi pv-hoidossa	-	+	-	+
Yksinh. 3 lasta, 2 lasta pv-hoidossa	-	+	-	+
Yksinh. 4 lasta, 1 lapsi pv-hoidossa	-	+	-	+
Muut	-	+	-	+
Yhteensä				

*Taulukossa (+) merkitsee päivähoitomaksujen nousua suhteessa nykyiseen järjestelmään

*Taulukossa (-) merkitsee päivähoitomaksujen laskua suhteessa nykyiseen järjestelmään

*Taulukossa (0) merkitsee muuttumattomia päivähoitomaksuja suhteessa nykyiseen järjestelmään

*Kotitalouksien suhteellinen osuus kaikista kunnallista päivähoitoa käyttävistä kotitalouksista perustuu vuoden 2002

tulonjakoinniston tietoihin

LIITE 3. Malli tulokäsitteen selkeyttämiseksi verollisuuden perusteella

Alla pyritään havainnollistamaan, miten verollisuus/verottomuus-periaatteen soveltaminen selkeyttäisi ja lyhentäisi tulokäsitettä. Lähtökohtana on ollut, että kaikki tällä hetkellä faktisesti huomioitavat tulot huomioitaisiin myös jatkossa.

KOTONA ANNETTAVA PALVELU

Maksun perusteena olevat tulot:

- palvelun käyttäjän ja hänen kanssaan yhteistaloudessa (avioliitto/avioliitto) elävän henkilön kokonaistulot (bruttoperiaate)

Huomioitavat tulot:

- veronalaiset ansio- ja pääomatulot
- metsätulona metsän pinta-alaan perustuva laskennallinen vuosituotto
- eläkkeensaajien hoitotuki

Tulot, joita ei huomioida:

- verosta vapaat tulot ja korvaukset sekä
- opintoraha
- lasten kotihoidon tuki

PITKÄAIKAINEN LAITOSHOITO

Maksun perusteena olevat tulot:

- palvelun käyttäjän ja hänen avio- tai avopuolison yhteenlasketut tulot, edellyttäen, että palvelun käyttäjän tulot ovat 40 % suuremmat
- tulot otetaan huomioon ennakonpidätyksen ja ennakonkannon jälkeen (nettoperiaate)

Huomioitavat tulot:

- veronalaiset ansio- ja pääomatulot
- metsätulona metsän pinta-alaan perustuva laskennallinen vuosituotto
- eläkkeensaajien hoitotuki puolison tulona

Tulot, joita ei huomioida:

- verosta vapaat tulot ja korvaukset
- opintoraha sekä
- lasten kotihoidon tuki

LASTEN PÄIVÄHOITO

Maksun perusteena olevat tulot:

- palvelun käyttäjän ja hänen kanssaan yhteistaloudessa (avioliitto/avoliitto) elävän henkilön kokonaistulot (bruttoperiaate)

Huomioitavat tulot:

- veronalaiset ansio- ja pääomatulot
- metsätulona metsän pinta-alaan perustuva laskennallinen vuosituotto

Tulot, joita ei huomioida:

- verosta vapaat tulot ja korvaukset,
- opintoraha
- lasten kotihoidon tuki

LIITETAULUKKO 1. Päivähoitojärjestelmät eri EU-maissa

	Perusidea	Palvelujen tuottaja	Tulosidonnaisuus	Maksukatot	Ongelmia
Alankomaat	Lasten päivähoitodossa korostuu kasvatuksellisuus. Äidit usein osa-aikaisissa työsuhteissa: osapäivähoitoa paljon. Koulun jo 5-vuotiaana.	Lähes kaikki hoito yksityisiä. Lasten hoitopaikka usein työnantajan tarjoama.	Maksut tulosidonnaisia, noin 6-20% perheen tuloista Hoidetaan ennakoidiätyksinä suoraan palkasta. Työnantajat osallistuvat maksuihin.	Ei maksukattoja. Perheiden maksuosuus yli 40 % kustannuksista.	Saatavuus. Hoidon hinta köyhissä lapsiperheissä.
Iso Britannia	0-3 -vuotiaiden hoito lähes täysin vanhempien vastuulla (lastenhoitajat). Osa-aikainen, usein kirkon antama, esiopetus edullista 3-4 -vuotiaille.	Kokopäiväiset hoitopaikat pääosin yksityisiä. Isoimmilla työnantajilla omat hoitopaikat. Esiopetus enimmäkseen julkista (koulu alkaa 5-vuotiaana).	Kinteät maksut, köyhillä perheillä oikeus verotuksiin. Maksut keskimäärin noin 115-300€ viikossa.	Ei maksukattoja tai valtakunnallista säätelystä.	Hoito on erittäin kallista. Paljon yh-perheitä. Ongelmia hoidon ja henkilöstön saatavuudessa.
Norja	Kunnallinen järjestelmä. Vanhemmilla oikeus saada hoito rahana. Tarkoitus tukea naisten työssä käyntiä	Julkista päivähoitoa liian vähän kysyntään nähden (noin 60%). Kunnat käyttävät paljon ostopalveluja.	Maksut tulosidonnaisia (ei kovin rajusti).	335 € kuukaudessa ensimmäiseltä lapselta.	Ammattitaitoisen henkilökunnan ja julkisten hoitopaikkojen vähyy.
Ruotsi	Hoidon järjestäminen kunnan vastuulla. Kaikilla subjektiivinen oikeus osapäivähoitoon.	Pääosin julkisia hoitopaikkoja. Subjektiivinen oikeus osapäivähoitoon.	Maksut tulosidonnaisia, 1-3 % tuloista. Tulojen pohjana verotettavat tulot.	Maksukatto ensimmäisestä lapsesta kokopäivähoidossa 140 € (otettu käyttöön 2003)	Aiemmin hyvin suuria alueellisia eroja, nyt vähentyneet. Henkilöstöstä pulaa.
Saksa	Lain mukaan kaikilla 3-4 -vuotiailla on oikeus hoitopaikkaan.	0-3 -vuotiaiden hoitopaikat pääosin julkisia. 3-6-vuotiaiden yleensä järjestöjen (kirkon) organisoimia. Julkisen rahoituksen osuus suuri	Maksut oltava lain mukaan tulosidonnaisia.	Ei maksukattoja. Vanhempien maksuosuus pieni, keskimäärin 14% kustannuksista.	Ongelmia saatavuudessa. Suuret alueelliset erot: läntisessä Saksassa paljon vähemmän paikkoja.
Tanska	Paljon kodinulkopuolista hoitoa. Hoidon järjestäminen kuntien vastuulla	Melko laaja julkinen päivähoitoverkosto, 70 % lapsista julkisissa hoitopaikoissa.	Maksut tulosidonnaisia, kunnittaisia vaihteluja. Keskimääräinen hinta noin 175 – 400 €/kk.	Prosentuaalinen katto. Maksu ei saa ylittää yli 33 % hoitopaikan todellisesta hinnasta.	Alueelliset erot ja ongelmat palveluiden saatavuudessa. Uuden lain mukaan paikka on järjestettävä 3 kk:n aikana.

LIITETAULUKKO 2. Terveydenhuollon asiakasmaksut eri EU-maissa

	Yleistä	Yleisiääkäri	Erikoissairaanhoido	Röntgen, laboratorio	Lyhyt vuodehoito	Maksujen katot	Lääkkeet	Hammashoito
Alankomaat	Vakuutuspohjainen järjestelmä, jossa ainoastaan pienituloisilla oikeus julkiseen sairausvakuutukseen, muilla pakollinen yksityinen vakuutus.	Maksuton julkisesti vakuutetuille (ZFW). Yksityisissä omavastuut vaihtelevat.	Maksuton julkisesti vakuutetuille (ZFW). Yksityisissä omavastuut vaihtelevat.	Maksuton julkisesti vakuutetuille (ZFW). Yksityisissä omavastuut vaihtelevat.	Maksuton	Ei kattoa.	Julkisesti vakuutetuille lääkkeet maksuttomia, yksityisesti vakuutetuilla omavastuut vaihtelevat.	Ei julkista vakuutusta, maksut ja omavastuut vaihtelevat.
Iso Britannia	Erittäin laaja verorahoitteinen valtakunnallinen järjestelmä kaikille kansalaisille (NHS). Hoidon saatavuudessa on ollut ongelmia.	Maksuton. Kaikilla on oma perhelääkäri, joka koordinoi hoitoa.	Maksuton. Perhelääkärin lähetteellä.	Maksuton	Maksuton	Ei kattoa.	Asiakas maksaa 9,3 € lääkemääräystä kohden. Lukuisia poikkeuksia. Ennalta ostettavat kausikortit n. 133 €/12kk ja 48,40 €/4kk	Alle 19-v maksutonta. Aikuiset maksavat 80% kustannuksista, katto 544 € vuodessa. Paljon poikkeuksia.
Norja	Koko väestö kuuluu julkisen sairausvakuutuksen piiriin. Verorahoin ja rajoitettuiin käyttäjämaksuihin rahoitettu kattava järjestelmä.	Vastaanotto päivisin 16 €, illalla 26€. Kotikäynti päivisin 21€, illalla 34€).	Erikoislääkärin vastaanotto 31 € (245 NOK) kerta	Röntgen 23 €, laboratorio 6 €	Maksuton	Normaalin hoidon ja pakollisten lääkkeiden katto 193 € . Toisessa edellisten lisäksi mm. fysioterapia, kuntoutus ja hammashoito 561€.	Tarttuvien tautien lääkkeet ilmaisia. Hyväksytyihin sairauksiin hyväksytyt lääkkeet: asiakas maksaa 36% kerralla enintään 55 €. Muut: asiakas maksaa itse, 183 € asti.	Alle 19-v maksutonta, 19-20 v. 75 %:n alennus, aikuisilla lasketaan 555 € kattoon.
Ruotsi	Maakäräjät organisoivat koko väestön kattavan julkisen terveyden-huollon. Asiakasmaksuissa paljon alueellista vaihtelua. Alhaiset katot.	Maksut vaihtelevat lääneittäin, noin 11-17 € kerta. Kotikäynnistä lisämaksu noin 6 €. Päivystyskäynti sairaalassa noin 30 €.	Maskut vaihtelevat lääneittäin ja erikoisaloittain n. 20 - 30 €.	Vaihtelevat lääneittäin: röntgen 11 - 22 € sekä käytetystä ajasta.	8,5 € hoitopäivältä. Alennuksia pienituloisille. Eroja lääneittäin.	Hoitokustannusten vuosittainen katto n. 96 €. Lisäksi lääneittäin kattoja mm. matkojen ja teknisten apuvälineiden osalta.	Asiakas maksaa täyden hinnan, mutta 192 katto/12kk. 100 €: n menojen jälkeen valtio tukee maksaen osan hinnasta.	Alle 20-vuotiaille maksutonta. Aikuisille subventoidut hinnat vaihtelevat lääneittäin. Läänikohtaisia kattoja.
Saksa	Perhekeskeinen vakuutusjärjestelmä, jonka maksut perustuvat työsuhteeseen. Varakkaimmilla oikeus valita yksityisen ja julkisen välillä. Vakuutusmaksu n. 7% tuloista.	2004 alusta 10€/3kk. Aiemmin maksuton.	Maksuton	Maksuton	9 € päivässä	126 € vuodessa maksimi (kahden viikon sairaalahoido), lapset ja raskaana olevat maksuttia.	Lääkekohtainen maksu 4-5€ riippuen pakkauksen koosta. Alennuksia sosiaalisiin perustein.	Julkinen vakuutus korvaa 50 - 60% kustannuksista.
Tanska	Paikallisilla veroilla rahoitettu järjestelmä. Kaksi vakuutusryhmää: 1 (julkinen), 2 (valinnainen).	Maksuton julkisella puolella, yksityispuolella julkisen taksan ylittävä osa itse maksettava.	Maksuton julkisella puolella, yksityispuolella julkisen taksan ylittävä osa itse maksettava.	Maksuton	Maksuton	Ei kattoa.	Asiakas maksaa 72 €: on asti 100%, 50%, jos kustannukset 72-175 €, 25%, jos 175-411 € ja 15 % jos >411€. Referenssinhoito. Alle 18-vuotiailla alemmat.	Alle 19-vuotiaille maksutonta. Aikuisille helposti merkittävä maksuerä.

14.9.2005

ERIÄVÄ MIELIPIIDE

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen rahoitusosuus oli 90-luvun puolivälissä 9,4 prosenttia palvelujen menoista. Vuonna 2003 käyttäjien osuus oli enää 7,7 prosenttia. Osuus on edelleen laskenut. Sosiaali- ja terveydenhuollon menot nousevat ensi vuonna varovaisestikin arvioiden 16,5 miljardiin euroon. Jotta maksujen rahoitusosuus säilyisi vuoden 2003 tasossa, maksukertymän pitäisi olla ensi vuonna noin 200 miljoonaa euroa suurempi kuin vuonna 2003.

Sosiaali- ja terveystalvet rahoitetaan pääosin kuntien verotuloilla. Verotuksen keventämisestä ja menojen kasvusta on seurannut, että kuntien tulokehitys on jäänyt jälkeen menokehityksestä. Palvelutuotannon tehostamisen ohella tarvitaan verotukselle vaihtoehtoisten tulolähteiden vahvistamista ja monipuolistamista, jotta väestön ikääntymisestä johtuvaan palvelutarpeiden kasvuun voidaan tulevina vuosina vastata. En pidä kestävästä ratkaisuna toimikunnan tavoitteeksi asettamaa maksujen nykykertymää. Myös maksupolitiikassa on reagoitava toimintaympäristön muutoksiin ja totutettava tulevaisuuteen suuntautuvia uudistuksia.

Eri yhteyksissä on pidetty välttämättömänä sitä, että vastaisuudessa maksut seurasivat palvelutuotannon kustannusten kehitystä. Valtioneuvoston hyväksymän peruspalveluohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen muutos valmistellaan siten, että maksuissa otetaan huomioon palvelujen kustannusten kehitys. Esitys kuntien rahoitus- ja valtionosuusperusteiden tarkistamiseksi sisältää esityksen siitä, että kuntien perimien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen tulisi seurata kustannustason muutosta erikseen päätettävän indeksin pohjalta. Rahoituksen riittävyyttä ja rahoitusjärjestelmän uudistuksia valmisteltaessa ei sen sijaan ole otettu kantaa sen puolesta, että maksukertymä jäisi nykyiselleen tai että sitä jopa lainsäädäntötoimin alennettaisiin.

Pidän kannatettavina ja vuoden 2006 alusta toteutettavina niitä toimikunnan ehdotuksia, jotka koskevat maksujen jälkeenjääneisyyden sekä hammashuollon maksujen rakenteen tarkistamista. Samalla tulisi toteuttaa ne ehdotukset eräiden terveydenhuollon maksuperusteiden yksinkertaistamisesta, jotka vastaavat toimeksiannossa esitettyä tavoitetta maksujen hallinnoinnin tehostamisesta. Jatkossa maksut on tarpeen sitoa lailla sosiaali- ja terveydenhuollon hintaindeksiin.

Sen sijaan en voi yhtyä toimikunnan enemmistön niihin ehdotuksiin, jotka koskevat maksuttomien palvelujen laajentamista ja maksujen alentamista. Lisäksi on esitetty lukuisia rakenteellisia muutoksia, joiden vaikutuksia tulokertymään ja palvelujen kysyntään ei ole kyetty arvioimaan.

Katson, että käyttäjämaksujen osuutta palvelujen rahoituksessa on vahvistettava ja kertymää lisättävä, jotta kansalaisten oikeus palveluihin voidaan turvata. Osaa kotitalouksien ostovoiman kasvusta on voitava kanavoida myös verorahoitteisten palvelujen käyttäjämaksuihin, mikä vaimentaisi tuloverotuksen keventämisen seurauksia. Keskituloisen palkansaajan veroprosentti on alentunut noin 6 prosenttiyksikköä 90-luvun puolivälistä tähän päivään. Myös eläkkeiden verotus on keventynyt samalla ajanjaksolla ¹⁵. Kotitalouksien maksukykyä on lisäksi vahvistanut myönteinen ansiokehitys. Samalla kuluttajahinnat ovat kehittyneet selvästi ansio- ja työeläkeindeksiä hitaammin.

Maksut tulisi sovittaa yhteiskunnan muihin tukimuotoihin ja palvelujärjestelmän ohjausmekanismeihin. Subjektiiivisten oikeuksien luoma kysyntäohjaus ja palvelujen maksuttomuus ovat osaltaan kasvattaneet yhteiskunnan vastuuta yli kantokyvyn, mistä osoituksena on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitys ylittää kokonaistuotannon kasvun.

Terveydenhuollon maksujen jälkeenjääneisyyden tarkistus ja alle 18-vuotiaiden maksuton sairaanhoito

Ehdotettu asiakasmaksujen tason tarkistus vuosina 2002–2004 tapahtunutta muutosta vastaavasti tuottaisi arviolta 53 miljoonaa euroa. Maksukatto leikkaa osan tästä tulolisäyksestä. Toimikunta ehdottaa lisäksi, että sairaanhoito olisi kokonaan maksutonta alle 18-vuotiaille, joiden väestöosuus vastaa viidennestä koko väestöstä. Perheiden maksukyky ei ole heikentynyt siten, että maksuttomuutta pitäisi laajentaa. Toimikunnan käytössä ei ole ollut selvitystä, joka osoittaisi, että tarpeellisten palvelujen käyttö olisi estynyt maksujen vuoksi.

Kuntien tulomenetyksestä ei ole esitetty arviota. Suuruusluokka on 30–40 miljoonaa euroa, mikä lähes mitätöi erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusmaksujen tasotarkistuksen. Tulomenetys on niin huomattava, että sen kompensoiminen esimerkiksi lyhytaikaisen laitoshoidon maksun korotuksella nostaisi tämän maksun suhteettoman korkeaksi. Lyhyehkö laitoshoidojakso johtaisi maksukaton nopeaan täyttymiseen ja kompensaation leikkaukseen.

Katson, että alle 18-vuotiaiden maksuttomalle sairaanhoidolle ei ole perusteita. Tästä aiheutuva kompensaatiotarve on sellainen, että sen kohdentaminen muille käyttäjäryhmille on ongelmallista.

Maksukyvyn mukaan määräytyvien maksujen tulorajojen tarkistaminen

Toimikunnan enemmistö katsoo, että päivähoitomaksujen maksukyvyn määrittelyssä käytettävää tulorajaa tulisi tarkistaa ansioindeksillä ja kotona annet-

¹⁵ Veronmaksajat: Kansainvälinen palkkaverovertailu 2004: Jaana Kurjenoja: Suomen asema palkkaverottajana; ja Jenni Oksanen: Eläkkeet, verot ja ostovoima.

tavien palvelujen tuloarvoja työeläkeindeksillä. Menettely johtaa siihen, että yleiseen ansiokehitykseen perustuva maksukyvyyn kasvu muuttuu osin etuokeutetuksi tuloksi, jota ei oteta huomioon maksun perustana olevaa maksukykyä määriteltäessä. Ehdotettu malli kasvattaa maksutonta palvelua saavien kotitalouksien joukkoa laajemmin kuin mitä rahan arvon aleneminen edellyttäisi. Vaikutukset ovat kumulatiivisia.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksut ovat veroluonteisia maksuja, jolloin rahan arvon alenemista korjaava tuloarvojen tarkistus tulisi toteuttaa samoin perustein kuin tuloveroasteikkojen inflaatiotarkistus, johon sovelletaan kuluttajahintaindeksiä

Päivähoidon maksut

Päivähoitopalveluja käyttävistä kotitalouksista enemmistöä edustavat monilapsiset ja yksinhuoltajaperheet, joiden päivähoitomaksut kevenisivät suurituloisimpia perheitä lukuun ottamatta. Myös maksun suhteuttaminen käytettyyn hoitoaikaan alentaisi päivähoitomaksujen tuottoa. Arvioin, että päivähoitomaksujen kokonaistuotto alenee muutosten yhteisvaikutusten johdosta, vaikka maksun ylärajaa onkin tarkoitus korottaa nykyisestä 200 eurosta 250 euroon. Enemmistö perheistä tulee muutosten johdosta maksamaan päivähoidosta aikaisempaa vähemmän. Toimikunnan käyttämien laskelmien luotettavuutta heikentää se, että käytetyssä aineistossa monilapsisten ja yksinhuoltajaperheiden osuus on todellista määrää pienempi.

Toimikunnalle ei ole annettu selvitystä siitä, kuinka paljon päivähoitomaksujen tuotto laskee perhekoon määrittelyn muutoksen seurauksena ja tuloarvojen tarkistuksen johdosta. Liioin toimikunnalle ei ole annettu arviota maksuttoman päivähoidon piiriin kuuluvien lasten lukumäärän kasvusta. Jos tuloarajat tarkistetaan ansioindeksillä, maksuttomaan päivähoitoon oikeutettujen kotitalouksien osuus tulee kasvamaan.

Mielestäni päivähoitomaksujen muutosten vaikutuksia ei ole selvitetty riittävän luotettavasti. Päivähoitomaksun ylärajan korotus on kannatettava ja se lisäisi maksutuloa. Muiden, maksutuloa vähentävien rakenteellisten muutosten vaikutusta ei ole erikseen arvioitu. Asia vaatii otantatyypistä selvitystä erilaisista kunnista kokonaiskertymän ja kuntakohtaisten vaikutusten arvioimiseksi.

Jatkuvan ja säännöllisen kotona annettavan palvelun maksu

Sosiaalihuollon tukipalvelujen alueella on laajasti myös yksityistä tarjontaa. Yksityistä yrittäjyyttä ja kansalaisten omaa vastuuta on tällä alueella haluttu tukea yrittäjyyden politiikkaohjelman sekä uusilla yhteiskunnan tukimuodoilla kuten palvelusetelien ja kotitaloustyön verovähennysoikeudella. Mielestäni tukipalvelujen maksujen säätäminen toimikunnan ehdottamalla tavalla vie

pohjaa muilta tukimuodoilta ja yleisemmältä tavoitteelta kansalaisten oman vastuun ja yrittäjäyden vahvistamiseksi.

En kannata tulojen mukaan määräytyvän maksun ulottamista sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n 1 momentin 2 kohdassa tarkoitettuihin tukipalveluihin (siivous-, asiointi- ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut sekä kotona tehtävä vaatehuolto). Tukipalvelujen tuottaminen ja niistä perittävät maksut on jätettävä kuntien harkintaan nykyiseen tapaan. Nykyinen rajaus, jossa maksuun sisältyy kodinhoitajan tai kotiavustajan antama kodissa tapahtuva yksilön ja perheen työapu, henkilökohtainen huolenpito ja tukeminen, on mielestäni edelleenkin perusteltu.

Vain laissa säädetystä palvelusta voitaisiin periä maksu

Maksuja voitaisiin toimikunnan enemmistön mukaan periä jatkossa vain maksullisiksi säädettyistä palveluista. Periaate, että vain laissa säädettyistä palveluista voitaisiin periä maksu, ei sovellu laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään. Maksut eivät ole valtion, vaan yksinomaan kuntien tuloa. Kuntien vastuu palvelujen järjestämisessä ja rahoittamisessa on suuri, mikä tulee ottaa huomioon säätelyn tasossa ja yksityiskohtaisuudessa. Sosiaalipalvelujen sisältö ei ole vastaavalla tavalla täsmällinen ja yhteismitallisesti määriteltävissä kuten sairaanhoidon suoritteet. Tästäkin johtuen kunnallista liikkuma-alaa näiden palvelujen maksujen määräämisessä on pidetty tarpeellisenä. Kuntien välillä on ollut vaihteluja esimerkiksi kotipalvelujen ja asumispalvelujen maksujen määräytymisessä ja palvelujen sisällöissä. Valtakunnallisen säätelyn lisääminen voi vaikuttaa yksittäisen kunnan tulokertymiin merkittävästi. Myös maksuja koskeva hallinnointi monimutkaistuu, vaikka toimeksianto edellytti päinvastaista. Säädöstekniikan muutos laajentaa osaltaan maksuttomia palveluja tulevaisuudessa. Samalla kuntien into kehittää uusia palvelumuotoja heikenee, koska uusista palveluista voitaisiin periä maksua vain, jos eduskunta niin päättäisi.

Katson, että valtionosuusuudistuksen yhteydessä omaksuttu periaate säätää lailla maksuttomat palvelut tulisi edelleenkin olla maksulainsäädännön lähtökohtana. Järjestelmä yksinkertaistuisi, jos maksujen yleisiä perusteita koskevat säädökset koottaisiin lakiin ja asetustasoista säätelyä muutoinkin karsittaisiin. Malli, jossa vain laissa säädetystä palvelusta voitaisiin periä maksu johtaa ennen pitkää tarpeeseen määrittää palvelusisältöjä maksulaissa, mikä ei vastaa toimikunnan asettamia tavoitteita. Tämän suuntaista kehitystä on jo havaittavissa mietinnön liitteenä olevan lakiluonnoksen pykälässä, joka koskee kotona annettavien palvelujen maksua. Katson, että esitetty säätelytekniikka ei kannusta kuntia kehittämään uusia palvelumuotoja ja tehostamaan toimintaa.

Kertymäarviot

Kertymälaskelmat ovat vaillinaiset. Suurimmat epävarmuustekijät ja maksutulojen menetykset sisältyvät kotona annettavien palvelujen, tukipalvelujen, asumispalvelujen sekä lasten päivähoidon maksukertymiin, jotka edustavat lähes 40 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen tuotosta. Nämä vaativat kattavaan otantaan perustuvaa selvitystä erilaisista kunnista ja tähän perustuvaa valmistelua ennen kuin esitettyjä muutoksia voidaan harkita. Jatkovalmistelun suoritustapa on jätetty avoimeksi, mistä päätellen se on tarkoitus tehdä sosiaali- ja terveysministeriössä virkamiestyönä.

Epäselviksi jääneiden tehtäväalueiden maksujen rakenteelliset muutokset voivat leikata kuntien maksutuloja tuntuvasti ja mitätöidä ne tavoitteet, joita peruspalveluohjelmassa on asetettu maksujen kehityksen suhteen. Katson, että toimikunnan ehdotuksista tulisi tehdyn valmistelun pohjalta toteuttaa ainoastaan ne muutokset, joiden vaikutukset on voitu arvioida. Muut muutokset vaativat tapahtunutta perusteellisempaa valmistelua. Toimikunnan työn keskenäisyydestä johtuen jatkotyö on tapahduttava toimikunnassa tai työryhmässä eri näkemysten huomioon ottamiseksi. Mielestäni työtä ei voida sen merkittävyyden johdosta jättää sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesvalmistelun ja siinä tarpeelliseksi katsottavan yhteistyön varaan.

Tuula Taskula

12.09.2005

TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimi-kunnan tavoitteeksi asetettiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan periaatteiden määrittäminen. Siinä edellytettiin otettavan huomioon muun muassa perustuslaissa julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet, maksujen rooli palvelujen käytön ohjauksessa, maksujen merkitys palvelujen rahoituksessa, sekä maksusäännösten selkeys ja ymmärrettävyys. Tavoitteeksi asetettiin myös ehdotusten tekeminen nykyisten maksusäännösten uudistamiseksi. Lisäksi tuli selvittää mahdollisuudet yhdistää kunnallisen terveydenhuollon maksukatto ja sairausvakuutuksen omavastuukatot. Annettu tehtävä oli siten laaja ja yhteiskuntapoliittisesti tärkeä.

Toimikunta käytti runsaasti aikaa sille asetettujen tavoitteiden toteuttamiseksi: alajaostoissa tehtiin arvokasta työtä, teetätettiin täydentäviä erillisselvityksiä, koottiin laajasti tilasto- ja muuta aineistoa, jne. Toimikunnan työ jäi kuitenkin selvästi keskeneräiseksi.

Puuttumatta toimikunnan yksittäisiin ehdotuksiin haluan tuoda esille seuraavaa toimikunnan työn ja ehdotusten sekä niiden mahdollisen jatkokäsittelyn osalta:

1. Toimeksiannon keskeisenä tavoitteena toimeksiannon mukaan oli maksupolitiikan linjausten määrittely. Linjaukset saatiin kootusti esille vasta toimikunnan viimeisen kokouksen jälkeen laadittuun loppuraporttiin. Niistä keskustelu jäi varsin vähäiseksi toimikunnan työn aiemmissa vaiheissa.

Toimikunnan työssä huomiota annettiin rahoitusnäkökohdille sekä maksusäännösten yksinkertaistamispyrkimykselle. Sen sijaan liian vähälle huomiolle jäi muiden maksupolitiikan linjausten määrittely kuten se, mitkä ovat maksupolitiikan ohjausmahdollisuudet ja se, mikä tulisi olla maksupolitiikan sosiaali- ja terveystalv poliittinen rooli.

Maksupolitiikan linjausten selkeä määrittely tuleville 5-10 vuodelle olisi tullut tehdä aiemmin ja sovittaa maksuja koskevat muutosesitykset näiden linjausten puitteisiin. Maksupolitiikan linjaamiseksi olisi tärkeää mahdollisimman selvästi määrittää tulevien vuosien osalta ensinnäkin, mikä tulisi olla maksujen rahoitusrooli sosiaali- ja terveystalv palveluissa kokonaisuutena ja erikseen suurimmilla palvelulohkoilla kuten esimerkiksi lasten päivähoitossa ja terveystalv keskustoiminnassa. Lisäksi tulisi määrittää maksujen ohjausrooli, maksujen sosiaali- ja terveystalv poliittiset tavoitteet, tulojen ja varallisuuden huomioon ot-

tamisen periaatteet maksuja asetettaessa sekä maksujärjestelmälle asetettavat hallinnollisen toimivuuden sekä ymmärrettävyyden ja selkeyden vaatimukset.

2. Maksujen sosiaali- ja terveystaloudellisen ulottuvuuden osalta tulisi kiinnittää huomiota tutkimustietoihin, joiden mukaan tasa-arvoisuus palvelujen käytössä on vaatimatonta. Tulevien vuosien maksujen linjausten asettamisessa olisi syytä määrittää, missä määrin maksujen asetannassa otetaan huomioon maksujen jakauma- ja muut sosiaaliset vaikutukset.

OECD:n terveysprojektin 21 maata koskeneen tasa-arvoselvityksen mukaan useimmissa jäsenmaissa tarvepainotetut lääkärisikäynnit jakautuvat tuloryhmien kesken suhteellisen tasaisesti¹⁶. Huomattavan suurta eriarvoisuutta lääkärikäynneissä (yleislääkärikäynnit plus erikoislääkärikäynnit) tuloryhmien kesken ilmeni Suomessa, Portugalissa ja USA:ssa. Yleislääkärikäynnit jakautuivat useimmissa maissa suhteellisen tasaisesti ja muutamissa maissa köyhempiä väestöryhmiä suosien. Suurinta eriarvoisuutta tältä osin oli Suomessa ja Portugalissa. Erikoislääkärikäynneissä eriarvoisuutta ilmenee kaikissa tutkituissa maissa. Eriarvoisuus oli suurinta Portugalissa, Suomessa ja Irlannissa. Tämän OECD:n selvityksen tulokset on uutisoitu myös Suomessa. Ne on myös lyhyesti mainittu toimikunnan mietinnössä.

Suomen osalta em. tilannetta selittää osin se, että työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjille eli työssä oleville ihmisille maksuttomia samalla kun kunnallisen järjestelmän ja yksityissektorin palveluja käyttäviltä, usein työelämän ulkopuolelta olevilta peritään maksuja ja omavastuita. Mikäli terveyspalvelujen tasa-arvoinen saatavuus halutaan maassamme pitää edelleen keskeisenä terveystaloudellisenä tavoitteena, tulevat terveyspalvelujen maksuratkaisut tulisi tehdä siten, että niillä ei lisätä eriarvoisuutta tulo-ryhmien kesken.

3. Toimikunnan mietinnön ehdotukset jäävät osin epäselväksi, millaisia maksu muutoksia esitetään. Lisäksi usean asian osalta esitetään jatkovalmistelua. Myös tämä kertoo osaltaan toimikunnan työn keskeneräisyydestä.

4. Ehdotusten vaikutuksia ei ole juuri voitu arvioida. Lisäksi tehty arviointi jää pääosin talousvaikutusten alustavaksi arvioinniksi. Vaikutusarvioita joudutaan jatkossa tekemään huomattavasti lisää ennen ehdotusten mahdollista toteuttamista.

Raimo Jämsén, neuvotteleva virkamies, talous- ja suunnitteluosasto, sosiaali- ja terveysministeriö

¹⁶ Eddy van Doorslaer and Cristina Masseria, Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries teoksessa The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems. Policy Studies. OECD, 2004.

15.9.2005

TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittänyt toimikunta on laajasti ja perusteellisesti selvittänyt nykyisen maksujärjestelmän ongelmia ja tehnyt useita muutosehdotuksia yksittäisten maksujen määräytymiseen ja tasoon.

Valtiovarainministeriön edustajana pidän useita toimikunnan yksittäisiä ehdotuksia välttämättöminä ja kannatettavina. Välttämätön ja kiireellisesti toteutettava on asiakasmaksuihin ehdotettu kustannuskehitystä vastaava tasokorotus vuoden 2006 alusta valtion vuosia 2006-2009 koskevan kehyspäättöksen ja peruspalveluohjelman mukaisesti. Kannatettavia ovat ehdotukset, joilla on merkittäviä ohjausvaikutuksia palvelujen oikeaan ja tarpeelliseen käyttöön. Tällainen on mm. terveyskeskusmaksun periminen jokaiselta käyntikerralta.

Toimikunta ei ole pystynyt määrääikansa puitteissa saamaan työtään kaikilta osin valmiiksi. Useiden tehtyjen ehdotusten osalta ei ole ehditty ollenkaan tai riittävästi selvittää niiden vaikutusta maksukertymään ja palvelujen käyttöön. Toimeksiannossa edellytettyä tulosidonnaisten maksujen tulonjakovaikutuksia ja kannustavuutta ei ole ehditty riittävästi selvittää. Tulokäsitteen selvittäminen ja maksukattojen yhdistäminen ehdotetaan siirrettäväksi jatkovalmisteluun.

Valtiovarainministeriön edustajana katson, että toimikunnan ehdotuksista tulisi toteuttaa ainoastaan ne, joiden taloudelliset ja ohjausvaikutukset on pystytty varmuudella selvittämään. Muilta osin varaan mahdollisuuden ottaa toimikunnan ehdotuksiin lopullisesti kantaa vaikutusarvioiden valmistuttua. Lisäksi totean, että jatkovalmistelun tulee selvitystyön vaativuuden ja merkittävyyden takia tapahtua riittävän laajalla pohjalla.

Raija Koskinen

15.9.2005

TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan tavoitteeksi asetettiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan periaatteiden määrittäminen sekä ehdotusten tekeminen nykyisten maksusäännösten uudistamiseksi. Tässä työssä edellytettiin otettavan huomioon muun muassa perustuslaissa julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet, maksujen rooli palvelujen käytön ohjauksessa, maksujen merkitys palvelujen rahoituksessa, sekä maksusäännösten selkeys ja ymmärrettävyys. Lisäksi tuli selvittää mahdollisuudet yhdistää kunnallisen terveydenhuollon maksukatto ja sairausvakuutuksen omavastuukatot. Annettu tehtävä oli siten laaja ja yhteiskuntapoliittisesti tärkeä.

Toimikunta käytti runsaasti aikaa sille asetettujen tavoitteiden toteuttamiseksi. Toimikunnan työ jäi kuitenkin selvästi keskeneräiseksi työn laajuuden vuoksi. Tämän johdosta toimikunnan mietinnön ehdotukset jäivät osin epäselväksi, millaisia maksumuutoksia esitetään. Lisäksi usean asian osalta esitetään jatkovalmistelua. Myös tämä kertoo osaltaan toimikunnan työn keskeneräisyydestä. Ehdotusten vaikutuksia ei ole juuri voitu arvioida kaikkien toimikunnan ehdotusten osalta. Lisäksi tehty talousvaikutusten arviointi jäi pääosin alustavaksi arvioinniksi, eikä myöskään täysin riidattomaksi. Taloudellisten vaikutusten kokonaisvaikutusten osalta ei voida tehdä kattavaa arviointia. Tämän johdosta vaikutusarvioita joudutaan jatkossa tekemään huomattavasti lisää ennen ehdotusten mahdollista toteuttamista. Maksutoimikunta on myös ehdottanut maksujärjestelmän uudistamista kokonaan siten, että vain maksuista, joista kunta voi periä maksun, säädetään lailla. Tämän ehdotuksen taloudellisia vaikutuksia verrattuna voimassa olevaan lakiin ja asetukseen ei myöskään ole ehditty käydä läpi.

Em. seikkojen johdosta sisäasiainministeriö katsoo, että toimikunnan mietinnöstä on järjestettävä laaja lausuntokierros ja tehtävä lisäselvityksiä aukiolevien asioiden selvittämiseksi ja tarkentamiseksi. Lisäksi jatkotyön on tapahduttava laajassa toimikunnassa.

Sisäasiainministeriön puolesta

Maksutoimikunnan jäsen, ylitarkastaja Vesa Lappalainen

13.9.2005

TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan tehtävä oli laaja ja sosiaali- ja terveystaloudellisesti tärkeä. Toimikunta käytti runsaasti aikaa toimeksiantonsa toteuttamiseksi. Toimikunnan työ jäi kuitenkin selvästi keskeneräiseksi.

Puuttumatta toimikunnan yksittäisiin ehdotuksiin seuraavat seikat on syytä todeta toimikunnan työn, ehdotusten ja niiden jatkokäsittelyn osalta:

- Toimikunnan keskeisenä tavoitteena oli maksupolitiikan linjausten määrittely. Tämä jäi kuitenkin vaillinaiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan linjaukset tuleville vuosille olisi tullut tehdä selkeästi ja sovitaa maksuja koskevat toimikunnan muutosesitykset näihin linjauksiin.

Maksupolitiikan linjaamiseksi tulisi selkeästi määrittellä maksujen rooli sosiaali- ja terveystaloudellisuuden tavoitteistossa, palvelujen käytön ohjauksessa sekä palvelujen kokonaisrahoituksessa ja erikseen taloudellisesti merkittävimmissä palveluissa (esim. lasten päivähoidon ja avosairaanhoidon). Lisäksi tulisi määrittää maksupolitiikkaa ohjaavat tasa-arvotavoitteet.

Maksupolitiikan rooli sosiaali- ja terveystaloudellisuuden tavoitteistossa, palvelujen käytön ohjauksessa ja väestöryhmien tasavertaisuudessa on jäänyt toimikunnan työskentelyssä taka-alalle.

- Toimikunnan työssä painottui kuntien maksutulon kasvun turvaaminen. Toimikunnan esityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädäntöä muutetaan siten, että maksuissa otetaan vuodesta 2006 huomioon palvelujen kustannusten kehitys kaavamaisesti indeksitarkistuksen menetelmällä. Tämä merkitsee nykyisten maksurakenteiden pysyttämistä osin ennallaan myös tulevina vuosina. Indeksimenettelyyn siirtyminen voi lieventää paineita sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden parantamiseen ja heikentää halukkuutta käyttää aktiivisesti maksuja palvelujen käytön ohjaamiseen.
- Tulevien vuosien maksupolitiikkaa linjattaessa tulisi selkeästi määrittää, missä määrin maksujen asetannassa otetaan huomioon maksujen vaikutus väestöryhmien tasa-arvoon.

Useimmissa OECD:n jäsenmaissa tarvepainotetut lääkärisäkäynnit jakautuvat tuloryhmien kesken melko tasaisesti, poikkeuksina Suomi, Portugali ja USA, joissa on merkittävää eriarvoisuutta lääkäripalvelujen käytössä. Suomen asemaa vertailussa selittää osin se, että työterveyshuollon palvelut

ovat käyttäjille (so. työssäkäyville) maksuttomia samalla kun kunnallisten ja yksityisten terveystalvelujen käyttäjiltä (so. usein työelämän ulkopuolelta olevilta) peritään maksuja ja omavastuita. Toimikunnan ehdotusten toteuttaminen todennäköisesti lisäisi väestöryhmien välistä epätasa-arvoa ja heikentäisi edelleen Suomen asemaa kansainvälisissä terveydenhuollon tassa-arvovertailuissa.

- Toimikunnan ehdotukset jäävät osin epäselväksi, mm. millaisia maksumuutoksia esitetään. Moni toimikunnan työstämä asia esitetään siirrettäväksi jatkovalmisteluun. Tämä kertoo osaltaan toimikunnan työn keskenäisyydestä.
- Ehdotusten vaikutuksia ei ole juuri voitu arvioida monipuolisesti. Tehty arviointi on jäänyt pääosin taloudellisten vaikutusten alustavaksi suuruusluokan kartoittamiseksi.

Toimikunnan ehdotusten merkityksen kokonaisvaltainen arviointi jää myöhempään ajankohtaan. Toimikunnan ehdotusten mahdollinen toteuttaminen edellyttää huomattavasti nyt tehtyä yksityiskohtaisempaa vaikutusarviota ainakin sosiaali- ja terveystalvitiikan tavoitteiden, palvelujen rahoituksen, palvelujen käytön ohjauksen, väestöryhmittäisen kohtaannon ja kuntien maksutulokertymän kannalta.

Markku Pekurinen, tutkimusprofessori, Sosiaali- ja terveystalvitiikan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes

- 2005: 1 Hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2004-2007.
ISBN 952-00-1600-7
ISBN 952-00-1603-1 (PDF)
- 2 Regeringens jämställdhetsprogram 2004-2007.
ISBN 952-00-1604-X
ISBN 952-00-1605-8 (PDF)
- 3 Ossi Eskelinen. "Hermot vapautu ja tuli puhdas olo". Alle 15-vuotiaiden rikosten sovittelun käytännöt ja vaikutukset.
ISBN 952-00-1616-3
ISBN 952-00-1617-1 (PDF)
- 4 Villistä valvottuun, valvotusta ohjattuun. Perhepäivähoidon ohjauksen historia ja nykytilan haasteet. Toim. Sanna Parrila.
ISBN 952-00-1676-7
ISBN 952-00-1677-5 (PDF)
- 5 Lapsille sopiva Suomi. YK:n yleiskokouksen lasten erityisistunnon edellyttämä Suomen kansallinen toimintasuunnitelma.
ISBN 952-00-1490-X
ISBN 952-00-1491-8 (PDF)
- 6 Ett Finland för barnen. Finlands nationella handlingsplan som förutsätts av FN:s general-församlings specialsession om barn.
ISBN 952-00-1492-6
ISBN 952-00-1679-1 (PDF)
- 7 A Finland Fit for Children. The National Finnish Plan of Action called for by the Special Session on Children of the UN General Assembly.
ISBN 952-00-1711-9
ISBN 952-00-1712-7 (PDF)
- 8 Trends in Social Protection in Finland 2004.
ISBN 952-00-1693-7
ISBN 952-00-1694-5 (PDF)
- 9 Kari Mattila et al. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992-2001 valmistuneille lääkäreille.
ISBN 952-00-1697-X
ISBN 952-00-1698-8 (PDF)
- 10 Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö.
ISBN 952-00-1797-6 (nid.)
ISBN 952-00-1798-4 (PDF)